

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapètrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



NEUVIÈME SÉRIE — TOME TROISIÈME

SOIXANTE-QUATRIÈME ANNÉE

90132

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1906

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

LES PSYCHOSES AIGUES

ET LEUR CLASSIFICATION

Par le Dr N. SOKALSKY

Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Zemstwo,
à Oufa (Russie).

La classification des maladies mentales n'est plus depuis longtemps dans la période psychologique pure, mais elle a toujours pour base l'étude clinique des psychoses. C'est la période symptomatologique, la période d'investigation des symptômes, du développement, du *decursus morbi*; mais la nature de l'état morbide, la genèse des maladies mentales, reste toujours inconnue.

La classification aujourd'hui la plus usitée en Allemagne et en Russie est celle de Kraepelin, mais elle est aussi — un peu moins que les autres peut-être — insuffisante pour classer avec précision les formes dif-

férentes de l'aliénation mentale. Il n'y a guère que l'épilepsie, la paralysie générale et les lésions cérébrales organiques qui ne présentent pas de difficultés diagnostiques : en d'autres termes, on peut diagnostiquer sans difficultés seulement les maladies mentales avec des lésions anatomiques appréciables ; quant aux maladies mentales dont le fond anatomique n'existe pas ou n'est pas encore dévoilé, elles constituent un grand groupe de psycho-neuroses (Krafft-Ebing), dont les formes diverses n'entrent pas dans les cadres artificiels de notre classification.

Toute classification est bonne, si on se borne à une analyse superficielle des malades ; mais si on fait l'étude approfondie des mêmes malades, on voit que les signes particuliers distinctifs se dissolvent, des formes des psycho-neuroses différentes se confondent, et chaque malade nous présente une quantité de signes des plus variés qui nous font fuir le terrain sous les pieds, et nous ne savons où placer tel ou tel cas étudié.

Quand je faisais mes premiers pas comme médecin aliéniste, je me sentais très bien avec la classification de Krafft-Ebing, qui revêtait toutes les maladies mentales dans un système harmonique : tout était pour moi clair et simple. Mais l'étude plus détaillée des malades a montré que les cadres de cette classification ne suffisent pas pour donner place à tous les cas observés.

Le groupe de psycho-neuroses de Krafft-Ebing (1) contient, avec la mélancolie et la manie, encore les subdivisions de celles-ci : mélancolie avec stupeur (*melancholia cum stupore*) et la fureur (*mania furibunda*). Ce groupe contient aussi la démence primaire curable (*stupiditas s. dementia primaria curabilis*).

(1) *Manuel de psychiatrie*. Traduction russe par A. Tsche-remschansky, 1881-1882, t. II, p. 26 et suiv., et p. 42 et suiv.

Krafft-Ebing, dans la troisième édition de son manuel (1), dans le groupe des psycho-neuroses, a placé encore le délire hallucinatoire qu'il appelle *delirium hallucinatorium s. psychoneurosis hallucinatoria* (*hallucinatorischer Wahnsinn* de Meynert). Krafft-Ebing parle de l'affinité de cette maladie avec la démence primaire curable et il les tient toutes les deux pour les psycho-neuroses « asthéniques » se développant à la suite de l'épuisement (asthénie) du système nerveux. Ce sont les psycho-neuroses asthéniques qui englobent la plupart ou peut-être tous les cas des psychoses aiguës. Si on a beaucoup de malades qu'on doit classer suivant Krafft-Ebing, on voit bientôt le cadre du délire hallucinatoire prendre presque tous les malades aigus, tandis que les cadres de la mélancolie, de la manie, de la démence primaire restent presque ou tout à fait vides. Les traits des formes différentes paraissant bien clairs dans les manuels de psychiatrie, se dissipent, deviennent indécis; et plus on étudie un malade plus on trouve chez lui des symptômes qui ne se rangent pas dans un cadre donné. Depuis seize ans que je m'occupe de psychiatrie, je me suis égaré souvent dans les symptômes; je perdais maintes fois les signes différentiels des psychoses aiguës différentes, et je ne me trouvais pas capable de classer mes malades aigus. Après une période d'hésitation, je retrouvais les signes perdus et je pouvais de nouveau classer mes malades jusqu'au moment où les signes distinctifs se dissipaient comme auparavant, et je devais de nouveau les chercher et les grouper.

La classification de Kraepelin avec sa base symptomatologique fut ma dernière étape. Mais les schèmes

(1) Traduction russe, 1890. Dans cette édition il a ajouté encore quelques subdivisions de la mélancolie : *melancholia simplex*, *m. sine delirio*, *m. præcordialis*, *m. cum delirio*.

larges et diffus de cette classification ne servent, à mon avis, qu'à montrer notre impuissance et à faire voir que l'étude des manifestations psychiques pures de la maladie ne suffit plus. Kraepelin lui-même ne voit pas dans sa classification quelque chose d'inébranlable, car il continue toujours à la changer.

Cette classification, il y a peu de temps, me semblait réunir suffisamment tous les cas qui ne se rangeaient pas dans les schèmes de Schüle et de Krafft-Ebing; mais de nouveau j'ai perdu les signes différentiels et j'essaie de nouveau les ramasser.

Je veux donner ici quelques résumés de mes observations cliniques. Voilà un jeune homme dont les premiers symptômes de l'affection se sont manifestés depuis quelques jours : il rit aux éclats, pousse des cris, enfile des absurdités, des morceaux de phrases inachevées, fait des grimaces, chante, etc. Si on l'interroge, il ne répond pas ou dit des bêtises.

C'est un maniaque, aurions-nous dit auparavant; mais si nous faisons l'étude plus approfondie de ce malade, nous trouvons chez lui une foule d'hallucinations terrifiantes, et nous entendons quelquefois notre malade nous raconter, dans un moment de rémission, que c'était de l'angoisse qui le faisait crier et grimacer, qu'il se croyait mort et mis en enfer.

La confusion mentale peut être ici très profonde, mais il reste néanmoins au malade un petit peu de conscience et ce peu de conscience lui sert pour les opérations logiques les plus superficielles, l'impressionnabilité passive du malade étant haussée en même temps. C'est cet état trompeur de la conscience qui nous fait errer; la conscience est supprimée dans son pouvoir de perception active par la confusion mentale à tel ou tel degré et dans le même temps l'impressionnabilité passive du malade non seulement n'est pas affaiblie, mais

est plus intense ou semble l'être à cause de la suppression de l'activité normale du cerveau.

C'est pendant le sommeil que nous avons quelque analogie de cet état de la conscience. Quand je rêve et que je me vois pendant le sommeil dans des circonstances les plus extraordinaires, cela ne m'étonne pas tout à fait : je me vois, par exemple, me promenant et discutant avec une personne morte. Je sais très bien, pendant mon rêve, que cette personne est morte et enterrée depuis longtemps, mais cela ne m'épouvante pas et je trouve cela très naturel. C'est autre chose que la confusion mentale, c'est la suppression de l'activité des centres corticaux supérieurs, c'est l'absence du contrôle supérieur de ces centres, qui dorment et sont au repos pendant le sommeil, tandis que les centres inférieurs, les centres subcorticaux, donnent des associations les plus bizarres.

C'est dans nos propres rêves que nous trouvons des analogies, qui nous aident à comprendre la possibilité de la coexistence de la confusion mentale, c'est-à-dire des troubles de l'activité des centres supérieurs, avec l'impressionnabilité passive haussée, et avec la conservation de quelques opérations logiques superficielles. Ces opérations logiques superficielles nous font peut-être voir la démence dans les cas où elle n'existe pas.

Un tel malade nous fait quelquefois, par [quelques symptômes accidentels, penser, dès le commencement de la maladie, qu'il est dément, quoiqu'il ne le soit pas en réalité. Il arrive qu'un malade que nous tenons pour un dément se rétablit au point qu'il peut reprendre ses occupations et notre diagnose de démence n'est ainsi pas vérifiée.

Si nous suivons Kraepelin et plaçons notre malade dans le groupe de la *dementia praecox*, nous ne faisons pas une erreur contre la classification de Kraepelin,

mais nous faisons néanmoins une autre erreur. Depuis des années l'idée de démence restait toujours persévérante : c'était pour tout le monde un état stable, un état qui ne disparaît pas, comme peuvent disparaître, par exemple, la confusion mentale, les hallucinations, etc.

Si nous disons que notre malade était dément et qu'il s'est rétabli et n'est plus dément, et que la démence peut disparaître, alors cela n'était pas la démence, mais c'était quelque autre chose, parce que la démence réelle dans le sens actuel de ce mot ne peut pas disparaître.

Maintenant, lorsque j'ai perdu les signes différentiels des psychoses aiguës, je me sens souvent en désarroi, quand je dois faire la diagnose chez quelqu'un de mes malades aigus, et c'est l'amentia qui m'aide toujours. On pourrait avec plus de droit écrire : *psychosis acuta*.

Cette dénomination a au moins le caractère plus commun, et elle embrasse mieux tous les symptômes différents des psychoses désignées sous le nom de l'amentia.

Pour caractériser la confusion qui règne dans ce domaine, il suffit de lire les rapports sur la démence précoce et les discussions des médecins aliénistes au VIII^e Congrès au nom de Pirogoff à Moscou (1).

Le professeur W. Tschisch (2) considère la démence précoce comme une maladie héréditaire et dégénérative et la tient pour le stade terminal du développement d'une organisation pathologique. Elle est alliée avec la démence paranoïde qu'on confond souvent avec la paranoïa. La paranoïa appartient au même groupe, mais elle

(1) VIII^e Congrès au nom de Pirogoff à Moscou, 3-18 janvier 1902 (en russe).

(2) *Ibidem*. Livraison I. Novembre 1901, p. 35-37. Voy. aussi Journal de neuropathologie et de psychiatrie au nom de Korsakoff. Livraisons I-II, 1902.

se développe plus lentement et chez les personnes plus âgées. On peut voir ainsi que M. W. Tschisch met dans le même groupe la démence précoce, la démence paranoïde et la paranoïa.

Le professeur W. P. Serbsky considère la démence précoce comme une psychose originaire, liée organiquement avec la constitution anormale *ab. ovo* du malade. M. Serbsky ne voit que deux signes caractéristiques de la démence précoce : 1) l'âge précoce où la maladie se manifeste, et 2) l'issue rapide par la démence de tel ou tel degré. La dénomination même de la maladie doit démontrer la ruine de l'organisation avant que cette organisation est devenue mûre (démence précoce ou prématurée).

L'autre rapporteur du Congrès, A. N. Bernstein (1), dit que c'est l'émotion qui cesse d'être dans la démence précoce la source primitive du mouvement actif et de la pensée active. M. Bernstein dit qu'on arrive à comprendre l'essentiel de la maladie par la définition des troubles qui ruinent les liaisons entre les mouvements volontaires et le contenu émotionnel de la personnalité, et par la définition de l'impressionnabilité émotionnelle diminuée et de l'affaiblissement du tonus émotionnel des éléments intellectuels. Voilà, suivant M. Bernstein, la base pathologique de la démence précoce. Mais il y a encore un signe physique, qu'on aperçoit souvent chez ces malades : c'est la tension « paratonique » des muscles. Le mot « paratonique » veut dire, que cette tension n'est pas réelle ou catatonique mais fausse. Se basant sur cette tension paratonique des muscles chez les déments précoces, M. Bernstein propose de nommer cette affection, non pas démence précoce, mais démence

(1) VIII^e Congrès au nom de Pirogoff. Livraison VI, 1902, p. 77-78.

essentielle progressive ou démence paratonique progressive ou paratonie progressive.

Le professeur J. A. Anfimoff veut voir dans la démence précoce non une maladie *sui generis*, mais la démence consécutive, secondaire à une série d'affections psychiques aiguës, dont le *decursus* nous est resté inconnu (une série des syndromes épisodiques de Magnan, des cas du délire d'emblée), ou la démence secondaire aux maladies infectieuses (influenza, typhus abdominal).

Quand on lit les rapports et les discussions sur la démence précoce au XIII^e Congrès de Bruxelles (1-8 août 1903), on est frappé aussi par la discordance des points de vue des observateurs différents.

On voit bien que les bases de la maladie ne sont pas encore connues. Kraepelin lui-même semble être d'avis que tout dément précoce est déjà un malade fini, les rémissions de la maladie ne sont que temporaires et inconstantes. Les conceptions de Kraepelin sur ce point sont si larges que sa démence précoce envahit tous les âges et peut-être toutes les psycho-neuroses.

Quand on étudie Kraepelin, on se perd dans une foule de signes différentiels ; les limites des différentes formes psychiques se fondent, et on arrive à la fin des fins, d'après la classification de Kraepelin, à trouver chez le même malade les affections les plus différentes, et, *vice versa*, à classer dans un même groupe les malades ayant des affections différentes.

Voici un de mes malades, un jeune homme âgé de vingt et un à vingt-deux ans, qui attire notre attention par son état de stupidité émotionnelle, par la « diminution de l'impressionnabilité émotionnelle et par l'affaiblissement du tonus émotionnel des éléments intellectuels » (M. Bernstein). Au moment où j'écris ces lignes c'est comme si j'avais ce jeune homme sous mes yeux,

et je vois chez lui la stupidité émotionnelle s'exprimer aussi par l'abaissement du sens moral : il est menteur, il est extrêmement dur pour les malades faibles, qu'il ne cesse d'offenser et dont il ne cesse pas de se moquer. Après avoir offensé ou battu sous les yeux du médecin un des malades les plus faibles, il dit que ce n'est pas lui qui a battu tel ou tel malade, mais que c'est ce malade lui-même qui a tort. Il ne comprend pas sa position et il se sent très bien dans la division des agités ; il est gai, et à chaque moment il prononce des paroles obscènes, des plaisanteries triviales, fait des polissonneries impossibles. Il vole chez ses voisins tout ce qu'il peut trouver, et quand on le prend en flagrant délit, il dit que ce n'est pas lui qui a volé.

Dans le même temps il s'affecte violemment et commence à boxer, si quelqu'un d'autre lui prend quelque chose. Ce n'est pas l'affaiblissement du tonus émotionnel des éléments intellectuels, mais c'est l'exagération exclusive de l'impressionnabilité émotionnelle d'un égoïste. L'expression dure et immobile de son visage répondait bien alors à sa conduite et lui donnait un caractère essentiel de démence. L'état décrit continuait avec des exacerbations et des rémissions pendant quelques mois : pendant la rémission le malade devenait un peu plus supportable dans la société des malades plus calmes ; mais après la rémission venait de nouveau l'exagération de toutes ses qualités négatives, et le malade était transporté dans la division des agités. Il a toujours l'humeur enjouée. La démence du malade, sa manière de faire des grimaces, tout me faisait considérer ce malade comme un cas typique de la démence précoce.

À bout de quelques mois le malade devient, si on me permet l'expression, obtus et flasque, il a cessé de se moquer de son entourage, de voler et il reste assis à sa place tout à fait tranquille et indifférent à tout le

monde. Cette période ayant duré huit à dix jours, on observe pendant deux à trois jours l'éclaircissement rapide de la conscience du malade, qui se transforme entièrement : l'expression de son visage devient plus sensée, le malade devient très modeste et ne paraît plus dément. Le souvenir de l'état de maladie chez lui est très confus et indéfini. Malheureusement je n'ai pas pu prolonger l'observation, parce que les parents ont emmené le malade à la campagne. Il reste incertain s'il existait ou non les hallucinations chez notre malade ; mais je suis sûr qu'elles existaient. On observe bien souvent qu'un malade, envahi par une foule d'hallucinations les plus variées, n'en raconte rien pendant la période aiguë de l'affection, et nous faisons connaissance de ses hallucinations seulement quand le malade est rétabli ou quand il est en état de rémission de la maladie.

Cette observation est bien instructive et on peut l'utiliser pour démontrer comment on peut se tromper et tenir l'affection aiguë pour une maladie chronique : on observait ici la démence prononcée et l'abaissement du sens moral, c'est-à-dire qu'il y avait ici des signes de l'état chronique ; la confusion mentale et les hallucinations, quoiqu'elles existassent, ne causaient pas la suppression complète de la conscience, et il restait au malade un peu de conscience qui suffisait pour les opérations psychiques superficielles et élémentaires. Ce fut la cause de mon erreur : j'ai été persuadé que j'avais affaire à la démence précoce, quoique ce ne fût pas la démence précoce, et ma diagnose est restée *sub dubio*.

Il est à répéter ici ce que nous avons dit plus haut, de la discordance qui existe entre l'état réel de la conscience du malade et les manifestations apparentes de la vie psychique.

Je suis très embarrassé, quand je dois faire la dia-

gnose de beaucoup de mes malades avec les affections récentes. Les symptômes de l'amentia se fondent encore plus que ceux de la démence précoce. La plupart des malades avec affections aiguës, peut-être presque tous ces malades, ne dépassent pas l'âge de vingt-deux à vingt-quatre ans, et la plupart de ceux-ci ont moins que vingt ans. Le trait singulier de tous ces malades avec affections récentes, c'est la confusion mentale avec des hallucinations terrifiantes. Le délire n'existe pas d'ordinaire ou il est très instable. On observe ordinairement des explosions d'excitation locomotrice, des périodes de stupeur et d'une sorte de retard et d'arrêt des mouvements volontaires, quand le malade reste immobile et comme attaché : peut-être il est étourdi et comme paralysé dans ses mouvements par des hallucinations terrifiantes abondantes. Un tel malade peut passer pour un catatonique quoique ce ne soit pas la catatonie véritable (1). Malgré la confusion mentale, dont le degré et le caractère peuvent se modifier infiniment, le malade peut nous rendre compte quelquefois de ses hallucinations. Quand vous lui demandez, s'il entend ou non les voix menaçantes, il nous dira qu'il n'entend rien ou il ne nous répondra pas tout à fait. Si vous posez le moment suivant votre question sous une forme affirmative et si vous dites au malade par exemple : « On vous menace de vous tuer », le malade finit souvent par raconter le contenu de ses hallucinations et par dévoiler ses idées délirantes fugitives : parfois nous pouvons constater qu'il se croit mort, et qu'il croit tout le monde autour de lui aussi mort. Un de mes malades de ce genre niait les voix terrifiantes, mais quand je lui ai

(1) W. P. Serbský. Les formes de l'aliénation mentale qu'on décrit sous le nom de catatonie. 1890. Moscou (en russe). — W. Serbsky. *Journ. de Neuropath. et de Psychiatrie de Korsakoff*, 1902. Livr. I-II.

posé la question : « Ils vous défendent de raconter ce qu'ils vous disent », il me répond avec un signe affirmatif. Quand je lui pose une autre question : « Pourquoi leur obéissez-vous ? » il ne répond pas un seul mot et l'expression de son visage devient tout immobile et comme gelée. « On vous menace donc de vous tuer, si vous me racontez cela ? » Je continue de le questionner, et il me répond de nouveau avec un mouvement affirmatif de la tête sans prononcer un seul mot, l'expression de son visage se ranimant pour un moment. Quand je lui propose de ne pas obéir à ses interlocuteurs invisibles, son visage reprend de nouveau son expression gelée, et le malade me demande si on le laissera bientôt rentrer à la maison. On observait chez ce malade une sorte de retard et d'arrêt commun des mouvements, comme s'il était lié par des hallucinations terrifiantes ; c'est ce qui pouvait simuler les phénomènes catatoniques. Le négativisme était évident.

Il est bien difficile de juger s'il existe ou non des troubles des relations entre l'impressionnabilité émotionnelle et les actes volontaires du malade ; mais certainement ces troubles existent et doivent exister chez chaque malade et ne sont pas les signes exclusivement propres à la démence précoce. Ce malade peut passer chez un observateur pour un dément précoce, un autre clinicien fera la diagnose de l'amentia.

Ce jeune homme avait l'âge de dix-neuf ans ; la maladie s'est développée peu de temps avant l'entrée du malade à l'hôpital. Je regrette de ne pouvoir pas prolonger l'observation, parce que le malade a quitté l'asile sans être rétabli.

J'observe dans le moment actuel une quantité de maladies aiguës avec les phénomènes de la confusion mentale hallucinatoire. Chez la plupart de ces malades on trouve le négativisme, et quelques-uns d'eux on peut les

prendre pour déments. Comment faut-il classer ces malades? Faut-il voir ici la démence précoce ou l'amentia? Je suis sûr que les uns feront ici le diagnostic de la démence précoce, les autres feront la diagnose de l'amentia, et les uns et les autres auront raison, parce qu'il n'existe pas de critérium pour montrer la vérité : d'une part la démence précoce peut donner des rémissions pouvant simuler la guérison, suivant Kraepelin, au point que le malade peut quelquefois reprendre ses occupations; et d'autre part l'amentia peut se terminer par la démence consécutive qui peut recevoir une telle physionomie, qu'il est impossible de la différencier de la démence précoce. Suivant Kraepelin, la démence consécutive n'existe pas et c'est l'essentiel de sa doctrine : pour lui tout est démence précoce, tandis que la clinique nous apprend chaque jour que cette forme n'est pas si large et qu'elle ne remplace pas toutes les formes de maladies mentales aiguës. On trouve la remarquable critique des conceptions de Kraepelin sur ce point chez M. Wladimir Serbsky, dont le commencement de l'article a paru dans le numéro de novembre-décembre 1903 des *Annales médico-psychologiques*.

Sensu stricto, la meilleure définition de la démence précoce est celle de M. Serbsky. Mais le nombre de malades avec cette affection n'est pas très considérable. L'anamnèse joue ici un très grand rôle, et il est nécessaire de différencier les cas cliniques des psychoses aiguës chez les imbéciles. Je pose la question, si on peut distinguer la *psychosis acuta sub imbecillitate* de la *dementia praecox*, et je me permets d'affirmer que nous sommes en danger de faire, à tout moment, cette erreur. Quand la psychose aiguë ou *amentia*, qui est venue se surajouter à l'imbécillité chez un jeune sujet, passe, et qu'il reste seulement la démence; quand nous sommes indécis et ne savons comment nommer notre malade,

c'est la dénomination commode de *dementia præcox* qui nous tire d'embarras. Si nous ajoutons encore la *dementia paranoïdes* (démence paranoïde) de Kraepelin, la confusion de nos conceptions s'augmentera encore davantage.

La dénomination de *dementia paranoïdes* de Kraepelin est bien commode pour notre classification artificielle, mais les cas que nous placerons sous cette étiquette de démence paranoïde ne le sont pas dans le sens de Kraepelin : quelquefois ce sont des déments *ab origine* avec des idées non fixes mais simulant la paranoïa avec des idées paranoïdes fugitives (*paranoïa originaria?*) ; quelquefois ce sont des déments consécutifs avec des restes paranoïdes du délire qui existait peut-être auparavant ; quelquefois ce sont des cas incertains qui ne sont ni de la paranoïa véritable, maladie extrêmement rare, ni de la démence consécutive dans le sens précis de ce mot. La vraie démence secondaire, c'est-à-dire la démence secondaire idéale, est une maladie très rare ; mais la plupart des déments secondaires qui se présentent à notre observation ne restent pas dans un état stationnaire, mais présentent une série de rémissions et d'exacerbations suivies de manifestations délirantes fugitives et d'hallucinations variées et abondantes. Si les manifestations délirantes d'un tel malade se revêtent d'un caractère paranoïde, nous le plaçons dans le rang des déments paranoïdes. De semblables cas sont nombreux et le nom de démence paranoïde exprime bien les traits les plus saillants de tels malades qui sont en même temps déments *et* paranoïdes et qui ne sont pas des déments précoces ou des déments paranoïdes vrais dans le sens de Kraepelin. La démence paranoïde, comme un groupe d'ensemble, doit comprendre aussi la *paranoïa chronica simplex* (délire systématisé).

Dans notre asile, avec ses 490 malades (1), je ne trouve que 3 cas de ce genre et j'hésite si je dois ou non les placer dans le cadre de la *paranoia chronica simplex* ; aucun d'eux ne présente le délire systématisé bien bâti ; tous ces malades ne sont pas paranoïques dans le sens de ce mot, mais ils sont paranoïdes et en même temps déments, et c'est la conservation de la conscience, l'absence complète de la confusion mentale, de la stupidité, la conservation de quelques opérations logiques qui me les font tenir pour paranoïques. Surtout c'est la conscience bien conservée et le degré relativement peu prononcé de la démence qui nous empêchent de placer ces trois malades dans le cadre de la démence paranoïde.

Si nous plaçons dans la démence paranoïde (précoce) aussi des cas qu'on désigne sous le nom de *paranoia chronica*, nous nous trouvons fatalement dans une confusion complète des conceptions et nous ne voyons aucune issue.

C'est le classement des malades par des manifestations délirantes et par des particularités de leur conduite ; c'est la méthode symptomatologique seule qui nous mène fatalement à cela ; nous sommes en danger de nous égarer au milieu d'une foule de signes semblables ; nous sommes en danger de rester à la fin des fins seulement avec les dénominations les plus élémentaires et les plus caractéristiques des troubles psychiques aigus et chroniques.

J'ai dit plus haut que depuis seize ans que je m'occupe de psychiatrie, j'ai perdu, puis retrouvé, plusieurs fois, les signes différentiels des psychoses différentes ; que les périodes d'hésitation duraient quelque temps pour être remplacées par des périodes où mes

(1) Décembre 1903.

conceptions devenaient plus claires, pour céder la place à de nouvelles hésitations. Aujourd'hui je me trouve, si on me permet le mot, dans une période de confusion presque complète : les signes différentiels des formes différentes sont fondus, ils ne suffisent plus pour caractériser et individualiser les troubles psychiques de nature différente.

Les schèmes qui semblaient auparavant harmoniques n'existent plus ; des schèmes nouveaux se transforment comme dans un kaléidoscope, sont inconstants, tout à fait conditionnels, et nous ne les utiliserons que jusqu'au jour où l'on trouvera des voies nouvelles qui nous feront connaître la base somatique des psychoses et nous fourniront des armes nouvelles pour combattre ces maladies. Nous sommes, dans le moment actuel, à la veille d'une transformation radicale de nos conceptions sur la nature même des psychoses.

Nous ne sommes peut-être pas loin de l'époque où on arrivera à combattre la base physique de l'affection somatique, qui accompagne les troubles psychiques. L'organisme est attaqué par quelque élément nuisible de nature peut-être infectieuse, peut-être toxique, causant une série de troubles dans tous les tissus, dans tous les organes du malade.

Dans les reins cet élément nuisible ne fait peut-être que de changer leur fonction excrétoire sans produire des changements dans le parenchyme de l'organe, assez profonds pour provoquer l'albuminurie. Sans produire des changements anatomiques profonds des tissus du cerveau, le même agent nuisible occasionne néanmoins des troubles de ses fonctions les plus fines, d'où la confusion mentale, les hallucinations, etc. Ce temps où le substratum des maladies mentales sera trouvé n'est pas peut-être très éloigné de nous, mais nous sommes encore dans le domaine des hypothèses.

Quand on admet dans les psychoses aiguës une base somatique de nature peut-être infectieuse, on met de la clarté dans la confusion de nos conceptions présentes.

Si cet agent infectieux morbide tombe sur l'organisme d'un jeune sujet, dont le système nerveux n'est pas encore venu à maturité, il n'est pas douteux que cet agent y produira des lésions plus graves et moins réparables que s'il s'agissait du cerveau déjà formé et mûr de l'homme adulte : il est évident que le cerveau qui n'est pas encore sorti de la période de croissance et de développement réagit par les changements plus profonds, par la démence : c'est la démence précoce véritable. La durée et la force de l'action de l'agent morbide peuvent varier et provoquer des états consécutifs de gravité très variée. L'état conclusif de la démence précoce de Kraepelin, c'est la démence pure, non compliquée, tandis qu'au commencement de la maladie, c'est-à-dire dans sa période aiguë, on observe des symptômes nombreux et variés.

Si la même cause, le même agent morbide, attaque l'organisme déjà sorti de l'état de puberté, s'il attaque un homme adulte, nous aurons l'amentia. Si l'agent morbide n'a pas réussi à changer profondément les éléments les plus fins du cerveau qui est ici développé et mûr, le malade peut se rétablir plus ou moins. Si l'organisme n'est pas assez fort pour vaincre l'agent morbide, qui continue longtemps à l'influencer et à changer tous ses organes, tous ses tissus, c'est la démence consécutive qui devient presque inévitable. Dans les cas où l'action de l'agent morbide est très grave on peut constater la démence presque dès le commencement de l'affection. Peut-être on mettrait ces cas dans le cadre de la démence précoce.

Plus la cause morbide produit des altérations dans l'organisme tout entier, plus profonde devient la dé-

mence consécutive. Les cas de démence consécutive pure sont rares, et on observe dans la plupart des cas pendant le cours de la maladie des oscillations, des exacerbations hallucinatoires, du délire avec hallucinations qui s'accompagnent ordinairement d'accès de confusion mentale et quelquefois d'accès d'excitation motrice. Ces oscillations pendant le cours de la démence consécutive nous montrent que l'agent qui a causé l'affection n'a pas encore épuisé sa force, mais continue son travail destructif dans l'organisme, donnant de temps en temps des exacerbations de la maladie et faisant aggraver de plus en plus l'état de démence.

La même explication s'applique aussi aux psychoses rémittentes dont des séries d'explosions délirantes et hallucinatoires alternent avec des intervalles lucides : tant que les forces de l'organisme, ses armes de défense ne sont pas épuisées, il lutte contre l'élément morbide et devient pour quelque temps vainqueur ; mais l'élément morbide, qui n'est pas tout à fait anéanti dans l'organisme, reprend ses forces et donne une nouvelle exacerbation de l'affection. C'est ainsi qu'on peut expliquer toutes les psychoses à début aigu consécutives aux affections somatiques graves (pneumonie fibrineuse, fièvre typhoïde, malaria, influenza, etc.), les psychoses survenant pendant la période puerpérale, le climacterium, pendant la sénilité, etc. L'agent morbide frappe dans ces cas aussi l'organisme entier, dont le système nerveux central réagit comme dans l'amentia, par la confusion mentale hallucinatoire. Il s'observe ici du négativisme, de la stéréotypie, des phénomènes catatoniques, de la démence apparente, cette dernière étant souvent un signe trompeur. Les mêmes symptômes, les mêmes particularités du cours de la maladie s'observent chez tous ces malades : le caractère commun à tous les cas aigus, c'est le début plus ou moins rapide

de l'affection qui se manifeste presque toujours par la confusion mentale hallucinatoire.

De telles conceptions sur l'essentiel de la base des affections psychiques projettent des rayons sur l'origine de beaucoup de phénomènes inexplicables jusqu'ici.

Il existe beaucoup de malades chroniques qui présentent de temps en temps des exacerbations de leur maladie et qui, en dehors de ces états d'exacerbation, présentent un faible degré de stupidité et peut-être de la démence. Ces exacerbations peuvent être irrégulières : tantôt elles peuvent devenir plus longues, tantôt plus courtes ; quelquefois on observe chez ces malades l'éclaircissement prononcé de la conscience, qui peut simuler quelquefois à un certain degré la guérison, mais après cela vient une nouvelle exacerbation et s'établit de nouveau l'état habituel du malade. Ils ne sont pas rares les malades de ce genre, et nous en avons une quantité dans notre asile. Quand je faisais mon compte rendu de l'asile, je ne savais pas où les placer, et j'ai mis quelques-uns d'eux dans l'amentia, quoiqu'ils n'en fissent pas partie ; les autres, avec des rémissions bien prononcées, me faisaient hésiter, si je devais ou non les placer dans le cadre des psychoses périodiques.

La dénomination plus convenable ici, c'est celle de la psychose subaiguë (*psychosis subacuta*), par analogie avec une affection subaiguë de quelqu'un des organes internes de notre corps.

Les phénomènes catatoniques, qui peuvent apparaître chez tout malade attaqué par l'agent morbide, ne sont pas qu'un syndrome qui nous fait penser à un envahissement extrêmement profond de l'écorce cérébrale par l'agent morbide : celui-ci ne s'est pas borné à léser l'écorce cérébrale dans ses fonctions les plus fines (le trouble des associations, de la conscience, etc.), mais il l'a troublée aussi dans son activité inférieure,

dans sa fonction psychomotrice, d'où les phénomènes d'arrêt des mouvements d'origine psycho-motrice, des phénomènes catatoniques. On comprend bien que les phénomènes catatoniques vrais sont un signe de mauvais augure : ils sont une manifestation des lésions, qui ne peuvent presque jamais disparaître et qui mènent presque toujours fatalement à la démence consécutive. Il faut toujours distinguer cet état caractéristique d'arrêt des mouvements d'origine psychomotrice d'un autre état d'arrêt des mouvements d'origine psychique, qu'on observe souvent chez nos malades aigus : ce dernier état n'est qu'un signe de l'accablement psychique causé par des hallucinations terrifiantes nombreuses, par la confusion même mentale.

C'est ainsi que nous tentons d'élucider une série bien longue de troubles psychiques qu'on ne peut pas placer dans les schèmes étroits de notre classification symptomatologique et conditionnelle. Peut-être serait-il plus rationnel de changer les termes d'aujourd'hui et de rassembler toutes les affections psychiques aiguës à commencement rapide, dont l'issue nous est incertaine, sous le terme de psychose aiguë (*psychosis acuta*); puis sous le terme de psychose subaiguë (*psychosis subacuta*) et psychose rémittente (*psychosis remittens*), toutes les affections à *decursus* subaigu ou avec rémissions et, enfin, sous le terme de démence consécutive (*dementia consecutiva s. secundaria*), les affections où la démence conclusive, secondaire à la psychose, s'est déjà développée. Une telle simplification extraordinaire de notre classification, nous dira-t-on, n'est pas acceptable. On peut répondre que nous pouvons faire usage des significations simplifiées seulement pour classer nos malades en masse, et rien ne nous empêche d'individualiser chacun des cas observés. Je me permets d'espérer que nous serons ici un

peu plus près de la vérité que nous ne le sommes avec les schèmes vagues de Kraepelin.

Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous nous ouvrons une autre voie à suivre : c'est la voie de l'étude des manifestations somatiques dans les cas de psychoses aiguës; ce sont des tentatives pour trouver l'essence physique de ces maladies; en un mot, il nous faut nous transformer et devenir non seulement médecins aliénistes purs, mais aussi thérapeutes.

C'est le terrain où tombe l'agent morbide qui donne ses traits caractéristiques à la psychose : chez l'adolescent ce sera le teint *hébéphrénique*, c'est-à-dire le teint de puérilité; dans le climacterium, dans le senium (1) la psychose aura son teint aussi caractéristique; mais le syndrome constant et le plus commun c'est la confusion mentale avec des hallucinations presque toujours terrifiantes; on observe aussi souvent la céphalée.

Si c'est l'organisme d'un sujet héréditaire prédisposé, où tombe l'agent morbide, cet agent ne doit pas avoir une grande force pour produire l'affection : peut-être la cause morbide relativement faible qui peut faire ici éclater une explosion délirante (délire d'emblée) n'y suffira pas dans un autre organisme.

Les malades avec ces psychoses de courte durée sont relativement rares dans les asiles et ce sont surtout des enfants et des femmes. Je les ai classés dans mon compte rendu sous le nom de psychose transitoire (*psychosis transitoria*).

J'ai dit déjà qu'on observe pendant le cours des psychoses des rémissions qui font traiter un malade comme guéri, et j'ai mentionné la difficulté de la diagnose

(1) Il faut prendre garde de ne pas prendre la psychose aiguë chez un vieillard pour la démence sénile.

différentielle entre la psychose périodique et l'amentia, par exemple. La psychose périodique vraie est une maladie relativement rare. On ne peut pas nier la possibilité de la répétition de la maladie qui existait auparavant et qui n'est pas néanmoins périodique : nous avons une malade avec démence consécutive profonde, qui pendant sa jeunesse a eu une psychose aiguë, dont elle s'est guérie, puis elle est restée saine d'esprit pendant huit à dix ans; puis l'organisme s'est affecté de nouveau par une psychose aiguë qui s'est terminée par une démence consécutive. Cette démence existe depuis nombre d'années.

Il n'est pas douteux que l'organisme de notre malade était auparavant mieux armé pour lutter contre l'agent morbide, qu'il était en état de le vaincre par ses forces de défense. Mais plus tard ses armes de défense étant épuisées, la force de résistance de l'organisme s'est affaiblie, et le même agent morbide produit ses changements irréparables dans tous les tissus de l'organisme affecté et aussi dans son cerveau, d'où la démence consécutive. Maintenant, quand la démence consécutive existe toute une série d'années, on voit que ce n'était pas la psychose périodique; mais si on observait un cas pareil dans son début de la deuxième affection, on pourrait le tenir pour la psychose périodique.

La psychose périodique, comme une affection *sui generis*, se rencontre rarement; surtout c'est la mélancolie et la manie périodique qui sont rares, et pendant les années 1901, 1902 et la première moitié de 1903 nous n'avons observé ni *mania*, ni *melancholia periodica* dans notre établissement.

Ce n'étaient que des malades avec des manifestations délirantes et avec des accès de confusion mentale hallucinatoire. Il me semble que ces périodiques confus sont un peu plus conscients que les malades confus

primitifs, et peut-être c'est la conservation relative de la conscience faisant se dévoiler mieux les idées délirantes qui donne aux malades périodiques un caractère particulier. Mais il faut avouer que ce signe n'est pas constant, et qu'on observe souvent des périodiques avec les mêmes symptômes de confusion mentale hallucinatoire que les confus primitifs.

Quand nous observons longtemps nos malades surtout chroniques et subaigus, on est frappé par une particularité qu'on observe presque toujours : c'est le cours circulaire de la maladie. Il y a peu de malades dont l'état reste stationnaire et qui ne donnent pas des oscillations émotives et dans la sphère de motilité sans compter les exacerbations de l'affection fondamentale, dont nous avons parlé plus haut. Ce sont des périodes du sens de bien-être haussé et des périodes d'état dépressif qui se succèdent. Le caractère, la force de ces périodes et leur durée sont très variés : tantôt une de ces périodes dure plus qu'une année, tantôt des mois, des semaines ou des jours seulement.

Voici un de nos malades, âgé de vingt-trois ans, qu'on pourrait tenir pour un cas typique d'hébéphrénie. L'affection (démence précoce) existe depuis l'âge de douze à treize ans. Dès son entrée à l'hôpital il était dans un état de stupidité et de dépression qui durait depuis plus d'une année et qui alternait avec un état du caractère opposé. Quand j'ai observé ce malade dans la première période, je ne voyais que la démence et la stupidité, mais l'état dépressif n'a pas attiré mon attention. Maintenant j'observe ce malade dans son état opposé : il est tout à fait calme, il est dément comme auparavant, mais son état émotionnel s'est transformé de telle manière qu'on peut nommer toute la période précédente dépressive, pour la distinguer de la période présente, où l'on observe quelque haussement du senti-

ment de bien-être ainsi que de la motilité. Si on n'observait que cette dernière période séparée, on ne dirait jamais que le malade est en état d'exaltation ; mais quand nous comparons ces deux états opposés, nous y voyons des traits mélancoliques et maniaques donnant à l'affection un type circulaire.

Un autre malade chronique, âgé de quarante-huit ans, offre des périodes opposées dans le sens émotionnel qui se succèdent et durent trois à quatre mois. Pendant la dépression le malade reste des jours dans son lit, ne mange que du pain, ne prend que de l'eau. Il ne mange pas de viande parce que ce n'est pas de la viande de bœuf, mais de la chair humaine qu'on lui offre. Il est accablé par des voix menaçantes qui se moquent de lui ; elles lui disent qu'il est baptisé (il est mahométan), que la religion mahométane est une religion de chiens, etc. Il reste des jours entiers immobile avec les sourcils froncés ; quelquefois il arrive des explosions d'excitation, mais c'est la dépression qui prédomine. Cet état est remplacé par une période opposée où le malade est tout à fait calme et relativement de bonne humeur. Il mange bien, il se promène un peu, mais les voix continuent de se moquer de lui, de le menacer, etc. Pendant cette période relative de bien-être il existe aussi des oscillations ; quelquefois notre malade devient pour deux ou trois jours sombre et reste au lit, cesse de manger, etc. ; mais ces petites oscillations ne dérangent que très peu le fonds émotionnel un peu haussé de cette période qui dure deux à trois mois et est remplacée plus tard par la période dépressive.

Ce type circulaire chez beaucoup de malades est irrégulier, donnant des oscillations tantôt de plus courte, tantôt de plus longue durée ; mais elles existent, ces oscillations, chez la plupart des malades et il y a très peu de malades qui n'en offrent pas.

Ces mouvements émotionnels coïncident quelquefois avec des rémissions et des exacerbations de la maladie, dont il faut les différencier. Des rémissions pendant le cours d'une psychose rémittente ou subaiguë sont l'amélioration de l'état psychique du malade; quand les hallucinations et le délire disparaissent, l'état de conscience s'éclaircit quelquefois d'une telle manière, que les malades peuvent simuler, jusqu'à un certain degré, la guérison.

Les mouvements émotionnels donnant à la psychose un type circulaire, le malade reste néanmoins en état stable de démence: il conserve dans la plupart des cas son délire et ses hallucinations, c'est-à-dire ces deux états sont absolument différents. Si une phase d'un mouvement émotionnel circulaire coïncide avec quelque amélioration de l'état de conscience du malade, elle peut nous faire penser que nous avons une réelle amélioration de l'état psychique du malade, tandis qu'il n'en est rien en réalité. Si, par exemple, après une période dépressive, vient le mouvement émotionnel dans le sens opposé, et si les manifestations délirantes dans le même temps deviennent moins intenses, cette coïncidence peut nous tromper et peut nous faire voir une amélioration quand elle n'existe pas en réalité.

Je me souviens de mes malades les plus variés que j'ai observés auparavant et que j'observe maintenant: de tous ces idiots, imbéciles, déments secondaires, malades chroniques et subaigus les plus variés, et je trouve, chez la plupart de ces malades, le cours circulaire de l'affection psychique; chez quelques-uns d'eux, ce type circulaire est très prononcé, chez d'autres il se manifeste par des oscillations plus faibles, et quelquefois c'est à peine si on peut le remarquer. Ce type circulaire est le moins prononcé ou il n'existe pas dans les psychoses aiguës.

C'est la folie circulaire dont nous approchons maintenant et nous sommes en danger de ne pas trouver chez nous des cas-types de cette maladie ; dans le compte rendu pour l'année 1901, ce n'est que deux cas de folie circulaire (un homme et une femme) que nous avons eu à signaler.

C'est la démence consécutive, existant depuis des années, qui fait la base de la maladie dans ces deux cas, et sur cette base alternent les périodes avec les traits maniaques et ceux de la dépression. Chez la femme malade, les changements des deux états opposés émotifs sont exprimés mieux que chez l'homme malade qui présente plutôt des périodes d'excitation accompagnées de confusion mentale et des périodes de stupidité.

En 1902, il n'est pas entré de nouveaux cas de folie circulaire dans l'hôpital et, dans le compte rendu pour l'année 1902, les deux cas mentionnés sont placés dans le groupe de la démence consécutive.

Pendant l'année 1903, nous avons observé à l'asile un jeune homme qu'on pourrait peut-être placer dans le groupe de la folie circulaire : c'étaient des périodes maniaques durant des mois et se remplaçant par des périodes mélancoliques ou plutôt par des périodes de stupidité. La maladie dure une demi-année. Ces oscillations n'étaient pas exclusivement de la nature émotive, car il y avait des périodes où on pouvait observer du délire, des hallucinations et un certain degré de confusion mentale. Ce malade a quitté l'asile sans se rétablir, mais je viens d'apprendre, il y a quelques jours, qu'il s'est rétabli depuis un mois et demi, mais qu'il ne s'occupe de rien. La diagnose reste ici incertaine, mais les phases maniaques périodiques étaient dans ce cas si prononcées qu'on pourrait le désigner sous le nom de folie circulaire. Il me semble que nous pouvons être un peu plus avarés, quand nous faisons la

diagnose de folie circulaire, et qu'il ne faut pas désigner sous le nom de psychose circulaire ces affections chroniques et subaiguës qui n'en sont pas dans leur essence, mais qui n'ont que le cours circulaire.

En conclusion, je me permets de résumer l'essentiel de ce que j'ai exposé : si nous supposons l'existence d'un agent morbide de nature infectieuse ou toxique qui attaque l'organisme avec tous ses organes, tous ses tissus, et qui trouble aussi dans son activité l'organe de la vie psychique, le cerveau, nous jetons de la lumière sur nos conceptions relatives aux affections psychiques aiguës. C'est ainsi qu'on arrive à expliquer et classer aussi presque toutes les affections psychiques chroniques et subaiguës, dont la plupart sont impossibles à classer aujourd'hui. Il faut laisser là toutes les tentations d'imaginer une classification artificielle pouvant donner de l'harmonie, de la certitude à nos conceptions confuses ; si nous restons sur le terrain ancien psychologique, symptomatique ou symptomatologique (Kraepelin), nous ne sommes que des observateurs, mais non des médecins actifs. Ce n'est pas seulement à l'étude des manifestations psychiques dans les maladies mentales, ni à la tentation de classer artificiellement ces maladies par leurs signes psychiques ; qu'il faut nous livrer, mais c'est la voie d'étude des troubles somatiques, d'étude des changements que l'agent morbide produit dans l'organisme affecté, c'est la voie des tentatives de trouver la nature de cet agent morbide qu'il nous faut suivre.

Peut-être ne sommes-nous pas très éloignés de ce temps où nous serons en état, non seulement de classer les malades, mais de les guérir. Mais ce temps viendra seulement quand nous nous transformerons et deviendrons, non seulement médecins aliénistes, mais aussi thérapeutistes.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

DE

LA TUBERCULOSE

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

COMMUNICATION AU CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE, 1905

Par le Dr Marcel BRIAND
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

La lutte contre la tuberculose doit être, dans un asile d'aliénés, l'objet de préoccupations plus attentives que dans toute autre collectivité.

Les aliénés ont, si l'on peut dire, plus de droits que tous les autres hospitalisés à être traités selon les méthodes médicales modernes. Les temps sont heureusement passés où l'asile d'aliénés était une simple garderie, une « maison de fous ».

Le danger de contagion est plus grand dans les asiles que partout ailleurs.

On comprend, en effet, combien il est difficile d'apprendre à un aliéné tuberculeux à pratiquer les précautions hygiéniques indispensables pour diminuer les chances de contagion de son entourage.

Il serait tout aussi impossible d'obliger ceux qui sont indemnes à suivre une hygiène individuelle les assurant de l'immunité.

En se plaçant à un autre point de vue, on ne saurait d'ailleurs proclamer assez haut que, si la société a le

droit de priver de sa liberté un de ses membres, dans un souci légitime de sa propre sécurité, elle n'a certes pas celui de l'exposer à une contagion de conséquences aussi graves que la contagion tuberculeuse.

Les aliénés doivent donc être soumis à l'asile à un régime non seulement hygiénique, mais encore confortable, afin de leur faire oublier, dans la mesure du possible, l'attentat porté à leur liberté au nom de la sécurité publique.

La fréquence de la tuberculose dans les asiles tient non seulement à la contagion si facile, mais encore à cette raison capitale, que la tuberculose est très souvent la conséquence de la déchéance physique survenant dans nombre de maladies mentales. Les paralytiques généraux, les déments précoces, les idiots se tuberculisent avec une facilité toute particulière, et répandent inévitablement autour d'eux des germes morbides.

Comme facteur étiologique, on doit malheureusement trop souvent incriminer encore la mauvaise installation des locaux, qui rend impraticables les précautions hygiéniques même élémentaires, sans parler de l'encombrement, cette plaie de beaucoup d'asiles français.

Enfin, le médecin a le devoir strict de se préoccuper de son personnel, qui passe sa vie au milieu des aliénés, et de veiller à ce que celui-ci ne se contamine pas à leur voisinage.

Depuis quelques années, dans tous les pays, on s'occupe de cette question, et de nombreux travaux ont paru sur ce sujet.

Bornons-nous à en citer quelques-uns. En France, M. Anglade a fait des recherches bactériologiques importantes et a établi la fréquence dans les asiles de la tuberculose intestinale; MM. Chardon et Raviart ont fait une communication sur la question au Congrès de Bruxelles (1903); M. Marie, au Congrès de Paris (1900),

a fait adopter un vœu analogue à celui que j'aurai l'honneur de vous soumettre ; M. Maussire a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale. En Allemagne, citons les publications de Noetel, Snell, Hagen, surtout le récent travail de Geist. En Russie, l'article de Toperkoff, qui contient une revue générale de la question et de nombreuses indications bibliographiques.

Dès 1888, je me suis préoccupé de cette question de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose dans mon service, ainsi qu'il résulte d'un rapport de l'année 1889 à M. le Préfet de la Seine ; je crois même avoir été un des premiers médecins d'asiles, dans tous les cas le premier en France, qui ait pratiqué systématiquement l'isolement des aliénés tuberculeux et leur traitement par la cure d'air.

Dans ce but, j'ai fait aménager, à très peu de frais, un petit sanatorium, comprenant cinq lits, dans le jardin de mon infirmerie ; il consiste en un simple abri rectangulaire sous une galerie couverte, complètement ouvert à l'Est. En soulevant un auvent, on peut aussi l'ouvrir du côté Sud. Les malades y séjournent été comme hiver, jour et nuit.

Là, elles sont soumises à un traitement diététique et médicamenteux approprié à leur état physique et mental.

Les dangers de la contagion sont ainsi presque nuls pour les autres pensionnaires de l'établissement.

Je n'exclus du bénéfice du sanatorium que deux catégories d'aliénées :

- 1° Les aliénées très agitées et dangereuses ;
- 2° Celles dont les lésions tuberculeuses sont trop avancées pour que des chances de guérison existent.

Ces deux dernières catégories de malades sont maintenues dans des chambres d'isolement et des cours isolées où, au moins, elles sont assez inoffensives au point de vue de la contagion.

Au cours de dix-sept années de cette pratique personnelle, je n'ai jamais rencontré de grandes difficultés pour appliquer ce système de traitement. Les résultats en sont très encourageants.

Plusieurs infirmières ont également profité du sanatorium.

Depuis trois ans, 17 aliénées tuberculeuses, ou simplement suspectes, y ont séjourné. Parmi ces malades, 6 ont été nettement améliorées.

Chez 2 malades, que nous observons encore actuellement, l'état est resté stationnaire : l'une est atteinte de tuberculose ganglionnaire du cou, et elle a déjà subi une opération à l'asile Sainte-Anne, au pavillon de chirurgie de mon distingué collègue et ami, le D^r Picqué ; l'autre vient d'être opérée d'une fistule anale consécutive à des lésions pulmonaires anciennes, aujourd'hui cicatrisées.

Chez 5 malades, les résultats sont encore incertains.

Enfin, 4 ont succombé.

Sur les 4 malades décédées, une était cardiaque et avait, en plus, une affection organique grave des centres nerveux. Une autre était épileptique. Les 2 autres étaient des vésaniques simples.

C'est après de grandes hésitations et bien des tâtonnements que je suis arrivé à appliquer systématiquement la méthode que je préconise actuellement ; à ce sujet, il peut être intéressant de rappeler un incident du début de ma pratique ; il remonte à l'année 1888.

A cette époque, trois jeunes filles, portant des lésions très accusées des sommets, furent installées dans le sanatorium depuis leur lever jusqu'à l'heure du coucher. Deux d'entre elles suivirent ponctuellement les indications qui leur avaient été données et prenaient même leurs repas au dehors. L'appétit disparu revenant progressivement, les hémoptysies diminuant de fréquence, les forces se relevant et l'accoutumance à la vie en plein

air s'effectuant peu à peu, deux des trois jeunes filles commencèrent bientôt à coucher dehors, vers la fin de l'été. Elles étaient abritées de la pluie par une cloison en planches, mais la neige floconnait, à certains moments, jusque sur leurs lits.

Néanmoins, elles se trouvaient fort bien de ce régime lorsque, par une imprudence, l'une d'elles eut, au cours de l'hiver, à la suite d'un bal, une broncho-pneumonie qui nécessita l'emploi des ventouses. Comme, par le froid, on ne pouvait les lui appliquer, elle fut transportée à l'intérieur de l'infirmerie jusqu'au jour de la guérison de cet accident intercurrent. Pendant la durée de son séjour dans l'infirmerie, on fut obligé de maintenir constamment ouverte la fenêtre de la chambre qu'elle occupait, parce que la chaleur la fatiguait et l'étouffait, suivant sa propre expression. A peine remise, M^{lle} G... demandait, avec instance, à reprendre sa place sous la galerie où, par tous les temps, elle n'a cessé de coucher jusqu'à sa guérison.

Depuis 1888, mon petit sanatorium de l'infirmerie a presque toujours été occupé par un certain nombre de tuberculeuses qui l'habitent nuit et jour. Plusieurs, dont quelques infirmières, y ont recouvré la santé.

Cet aménagement des plus simples a reçu de fréquentes visites de personnalités médicales, de commissions, etc. Les malades ont été maintes fois interrogées sur leurs impressions personnelles, et toutes ont été unanimes à reconnaître le bien-être qu'elles éprouvaient à vivre en plein air, sans jamais être incommodées par le froid, même aux époques les plus rigoureuses de l'hiver. Il faut ajouter qu'elles sont revêtues de chemises de flanelle et que, pendant la saison froide, elles couchent entre deux couvertures de laine, qu'elles sont munies de chauds édredons et de bouillottes dont l'eau est régulièrement renouvelée nuit et jour.

Comme mesure prophylactique, il est recommandé aux malades de ne pas cracher ailleurs que dans un crachoir antiseptique. La literie et la vêtue qu'elles abandonnent dans leur ancien quartier sont rigoureusement désinfectées.

Le parquet de la chambre-abri est fréquemment lavé avec une solution de sublimé ou de formol.

Je me suis livré à une enquête personnelle auprès de quelques-uns de mes collègues des asiles départementaux, que je remercie ici de leurs obligeants renseignements, sur la fréquence de la tuberculose chez les aliénés séquestrés.

Je possède actuellement des documents provenant d'une trentaine de services. Il résulte de cette enquête, d'abord une très grande inégalité dans le pourcentage des aliénés tuberculeux, et ensuite que plusieurs médecins aliénistes se préoccupent depuis quelques années de la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles. Je me propose d'utiliser ces documents dans un travail fait en collaboration avec mon interne, M. Halberstadt, et qui paraîtra prochainement dans les *Annales d'hygiène publique*.

Grâce aux renseignements qui m'ont été fournis, je puis déjà faire connaître que, dans un asile, on compte 50 tuberculeux sur une population de 880 aliénés!! C'est ce pourcentage énorme de morbidité tuberculeuse qui m'a amené à retenir, pendant quelques instants, l'attention du Congrès, en lui signalant un danger trop peu connu.

Il faut aussi dire que, en général, les conditions d'assistance des tuberculeux, dans les asiles, sont lamentables : je me hâte d'ajouter que la principale cause de cette inaction provient de l'insuffisance des crédits mis à la disposition des médecins.

Cette pénurie tient à ce que certains conseils géné-

raux se croient quittes de toute obligation envers les aliénés, quand ils ont assuré leur vivre et leur convert, et cela, nous l'avons dit, dans des conditions souvent peu hygiéniques.

L'adoption d'un système d'isolement analogue à celui dont je préconise l'emploi, pourrait s'effectuer sans grands frais, puisque la main-d'œuvre de l'asile suffirait pour édifier le sanatorium nécessaire à la prophylaxie et à la cure.

Il n'est que juste d'ailleurs de signaler que dans plusieurs établissements des mesures sérieuses ont été prises, et que même, dans quelques asiles, des quartiers spéciaux ont été aménagés. Ce sont là les conséquences heureuses de la circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur de juin 1901, dans laquelle il était recommandé aux directeurs d'asiles de veiller à la diminution de la contagion tuberculeuse par l'installation plus conforme à l'hygiène des services et par l'aménagement, si possible, de quartiers spéciaux pour tuberculeux.

Comme conclusion, je formule ce vœu : que dans tous les asiles d'aliénés, l'installation de locaux spéciaux, préconisée par la circulaire ministérielle de juin 1901, devienne obligatoire, et que ces quartiers spéciaux soient aménagés au triple point de vue de l'isolement, de la prophylaxie et du traitement des aliénés tuberculeux ou même simplement suspects.

LES INCENDIAIRES

Par le Dr GIMBAL

Médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique
(Prix Esquirol, 1904.)*

SUITE (1).

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ COMPLIQUÉE D'ALCOOLISME

L'alcoolisme est fréquent chez les débiles. Il les pousse à des actes criminels très variables, parmi lesquels on constate souvent l'incendie, seul, ou associé à d'autres méfaits.

La plupart de nos malades, débiles alcooliques, incendient à la suite d'ingestions massives d'alcool. Ce sont des éthyliques chroniques qui, au cours d'un épisode aigu, obéissent à leur impulsion incendiaire. Certains incendient parce qu'ils en ont l'idée. Cette idée se transforme en acte immédiatement, sans que la raison ait le temps ou la force d'intervenir. C'est une impulsion simple, immédiate, consciente, irréfléchie.

D'autres raisonnent leur acte. Le malade de l'observation XI incendie pour se faire emprisonner et punir ainsi ses enfants. Les malades des observations VII,

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1905.

VIII, IX, incendient pour se venger. Cette idée de vengeance, il y a longtemps qu'elle existe dans leurs cerveaux de débiles; mais, c'est à l'occasion d'une ingestion massive d'alcool qu'ils la mettent à exécution.

En résumé, l'incendie chez le débile alcoolique est provoqué au cours d'un épisode éthylique aigu, greffé sur un alcoolisme chronique. Tantôt, il est la conséquence d'une impulsion simple, le malade incendiant parce qu'il a l'idée d'incendier. Tantôt, au contraire, il résulte d'une idée de vengeance, d'intérêt, ancienne le plus souvent, idée exécutée à la faveur d'une intoxication aiguë; cette dernière agit comme une cause occasionnelle. Quant à la cause essentielle de l'acte criminel, elle existe toujours dans le fonds mental de l'individu, dans la débilité, dans l'imbécillité.

OBSERVATION VII. — *Imbécillité. — Incendie par vengeance.*
— *Alcoolisme chronique avec phases aiguës.*

L... J..., vingt-huit ans, manœuvrier.

A l'école, il n'apprend rien. Il ne sait ni lire ni écrire. A quinze ans, il travaille dans une auberge. Là, il est malmené par tout le monde. Il prend des habitudes alcooliques. Il boit, par jour, trois ou quatre petits verres de rhum, de la bière, de l'eau-de-vie.

Comme son patron le malmenait, il veut se venger de lui. Pour cela, il mettra le feu à la maison. Trois jours après, ayant bu, au matin, il incendie la maison.

L... sait à peine l'âge qu'il a. Il s'oriente très mal dans le temps et dans l'espace. Il n'a aucune notion du bien et du mal. Il aurait agi, en commettant son incendie, sur les conseils d'une tante. En tout cas, il est fort possible qu'un pareil malade ait subi une influence étrangère mauvaise; multiples donc sont les causes de cet acte criminel.

En tant que débile, L..., pour se venger, a l'idée d'incendier la maison de son patron. Il passe à l'acte, à l'occasion d'un épisode aigu d'alcoolisme et de mauvais conseils reçus au moment même de cet épisode aigu.

OBSERVATION VIII. — *Débilité. — Incendie par vengeance. — Alcoolisme chronique avec phases aiguës.*

L... D..., quarante ans, manouvrier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père très buveur, s'est pendu. Mère de mœurs très légères.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Il sait à peine lire et écrire. A l'âge de dix-huit ans, il a eu des idées de suicide. Il voulait faire « comme son père ». Il n'a cependant jamais fait de tentative, et, dit-il, il aurait dû se tuer, parce que sa mère avait une mauvaise conduite.

A vingt ans, il fait des excès quotidiens de boisson et présente tous les signes d'éthylisme chronique.

A vingt-huit ans, il travaillait chez un boulanger. On battait aux champs. Il faisait très chaud. Il buvait.

Comme il est remercié par son patron, pour se venger, il incendie sa grange.

A vingt-neuf ans, il incendie l'écurie de T... Il avait encore bu. Il commet cet incendie pour se venger de T... qui s'était moqué de lui au café.

A trente et un ans, il met encore le feu chez son ancien patron, le boulanger, qui l'avait de nouveau renvoyé en l'insultant. Il avait encore bu; il avait l'idée d'incendier depuis un mois. Mais il attendait le moment propice. C'est sous l'influence de nouveaux excès d'eau-de-vie qu'il se décide enfin. Malgré toutes sortes de précautions, il est découvert.

L... D... ne manifeste aucun remords de ses incendies. Il ne regrette qu'une chose, d'avoir été pris.

OBSERVATION IX. — *Débilité. — Incendie par vengeance. — Alcoolisme aigu.*

T... A..., vingt-sept ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père fort jaloux. Il battait sa femme.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, il apprend difficilement. Il était coléreux, violent.

A vingt-cinq ans, il commet son premier incendie. Il était contrarié. Sa mère le battait. Un soir qu'il avait bu de l'eau-de-vie, il met le feu à une meule de son patron.

Trois semaines après, il incendie une grange. Il s'était disputé au sortir du cabaret avec un camarade, et peu après, il incendie la grange d'un propriétaire, qu'il détestait parce que, un jour, il lui avait demandé du pain sans en obtenir.

Quinze jours après, il incendie une nouvelle grange. Il avait bu, ce soir-là, de l'eau-de-vie et de la bière mélangées. Il voulait se venger d'un cultivateur qui, quelque temps auparavant, lui avait refusé du travail.

T... est porteur de stigmates physiques de dégénérescence (oreilles mal ourlées, asymétrie faciale, division de la partie postérieure de la voûte palatine).

Il n'a qu'une notion très vague du bien et du mal.

OBSERVATION X. — *Imbécillité. — Incendie par impulsion. — Alcoolisme aigu. — Vols.*

P. E..., vingt-cinq ans, manouvrier. Il n'a jamais pu apprendre à lire et à écrire. Etant tout jeune, il allumait du feu dans les jardins, dans les champs, auprès des meules. Quand il y avait quelque incendie, il courait y assister, tellement il aimait voir briller la flamme, surtout quand il avait bu, car P... est un alcoolique, amateur de cidre, de bière et d'eau-de-vie.

A vingt ans, il est condamné deux fois pour vols.

A vingt-deux ans, il commet trois incendies, dont le troisième, seul, est découvert.

C'est un soir, à onze heures, qu'il commet le premier incendie. Ce soir-là, il boit plus que de coutume. Sortant de l'auberge, il rencontre une meule dont il ne connaît pas le propriétaire. L'idée lui vient de mettre le feu à cette meule et il le fait aussitôt, sans réfléchir.

Deux mois après, ayant encore bu, s'étant battu avec des camarades qui l'avaient assommé, furieux, il met le feu à la première meule venue, pour se venger des coups qu'il avait reçus.

Quinze jours après, sortant encore du cabaret, il incendie une meule dans les mêmes conditions. En voyant une meule, il a l'idée de l'incendier et il le fait aussitôt. Arrêté, il avoua de suite ses trois incendies.

OBSERVATION XI. — *Débilité mentale. — Impulsion incendiaire sous l'influence d'intoxication alcoolique aiguë.*

M. P..., quarante-six ans, manouvrier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Pas de renseignements.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, il apprend à peine à lire et à écrire. Il fait à l'âge de vingt ans quelques excès de boisson.

A quarante-cinq ans, il incendie des meules de paille dans des conditions très particulières.

Depuis quelque temps, il était contrarié. Son fils aîné, notamment, fréquentait une personne qui ne lui plaisait pas. Un soir, ayant bu de l'eau-de-vie, il a l'idée de faire brûler une meule de paille. Ce faisant, il se fera emprisonner. Il quittera ainsi ses enfants qu'il punira. Peu de temps après avoir eu l'idée d'incendier, et de punir ses enfants par son emprisonnement, il se dirige vers une meule, et y met le feu. Mais, à la vue des flammes, il est pris de remords; il éteint l'incendie. Il veut bien aller en prison, mais il ne veut pas causer à autrui un tort trop considérable.

Quelques instants après, il s'approche d'une autre meule, en détache un tas de paille, auquel il met le feu.

Amené à l'asile, il est satisfait de lui-même, de la punition qu'il a infligée à ses enfants. Au bout d'un an, il commence à trouver que leur punition a été assez longue.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ COMPLIQUÉE
D'ÉPILEPSIE.

Il n'est pas rare que la débilité soit compliquée d'épilepsie. Dans ce cas l'incendie relève de la débilité ou de l'épilepsie, rarement de ces deux causes réunies.

Dans les observations XII et XIII, l'incendie a été provoqué sous l'influence de la débilité seule, dans un but de vengeance. L'observation XII est intéressante parce que le malade qui en fait le sujet prétendait ne plus se souvenir de son incendie, au début de son inter-

rogatoire. Plus tard, il avoua se le rappeler. Si l'examen eût été superficiel, on aurait accusé à tort l'épilepsie.

Les débiles épileptiques peuvent aussi, en tant qu'épileptiques, commettre des incendies, sous l'influence d'impulsions irrésistibles, automatiques, inconscientes. L'amnésie sera recherchée avec soin, car elle seule permet de faire le diagnostic.

Exceptionnellement, l'incendie peut dépendre à la fois de la débilité et de l'épilepsie. L'idée incendiaire, née à la faveur de la débilité, se transforme en acte au moment d'un ictus épileptique.

Si parfois, en effet, l'épilepsie se manifeste par des actes sans rapport avec des actes ou des idées habituels, très souvent, au contraire, elle provoque des actes en corrélation étroite avec des actes, des idées habituels. Ainsi, tel débile épileptique voulant se venger, méditant son incendie, ne commettra son acte criminel qu'à l'occasion d'une impulsion épileptique, que cette impulsion soit liée ou non à une attaque convulsive. Dans ce cas, il s'agira d'épilepsie larvée, d'un équivalent psychique de l'accès convulsif.

Indépendante ou non de tout phénomène moteur, l'impulsion épileptique revêt ici les mêmes caractères, de soudaineté, de brutalité, d'automatisme, d'inconscience, d'amnésie, que l'impulsion épileptique en général. Ces caractères sont d'une importance capitale pour le diagnostic médico-légal, si difficile parfois dans l'épilepsie larvée.

OBSERVATION XII. — *Débilité. — Incendie par vengeance. Epilepsie. — Deux évasions.*

L... J..., trente-deux ans, domestique.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Il ne sait ni lire ni écrire.

A dix-huit ans, il présente sa première attaque d'épilepsie nocturne. Depuis, il a environ une attaque par mois.

Il sent venir son attaque. Il éprouve, à ce moment, comme un bourdonnement d'oreilles. « Ça lui jure, dit-il, dans les oreilles. » Tantôt cette aura auditive avorte, tantôt, au contraire, elle est immédiatement suivie d'une attaque épileptique.

A vingt-huit ans, il met le feu à la grange de son patron. Il était 7 heures du soir. L'idée d'incendier lui vient et, quelques minutes après, il la met à exécution.

Il sort de la grange tranquillement, et s'installe à table avec ses patrons. Quand le feu est découvert, il aide à l'éteindre. Au début, il nia être l'auteur de cet incendie.

S'il avait mis le feu, disait-il, il ne s'en souvenait pas. Comme L... était épileptique, on fut tenté de croire qu'il avait commis son incendie sous l'influence directe de la névrose et qu'il n'en avait gardé aucun souvenir. Mais, au bout de quelque temps, il avoua se souvenir fort bien de tout ce qui s'était passé, comment et pourquoi il avait commis cet incendie.

Comme son patron le battait et ne le payait pas, il avait voulu se venger de lui.

Amené à l'asile, le malade s'évade deux fois, et est ramené peu après.

L... est sans aucune instruction. Il ne regrette pas son incendie. Il estime qu'il a très bien fait de se venger ainsi de son patron.

OBSERVATION XIII. — *Débilité. — Incendie par vengeance. Epilepsie.*

M..., vingt-trois ans, domestique.

A l'école, il apprend très difficilement.

A l'âge de douze ans, apparaissent les premières attaques d'épilepsie. Il en a environ une par mois.

A vingt ans, il incendie une meule, pour se venger de son patron qui le malmenait.

Il se souvient fort bien de l'incendie qu'il a commis.

Il entre à l'asile le 5 janvier 1902. Il en sort le 20 mars 1902, n'ayant présenté aucune crise, et ses parents l'ayant réclamé.

M... a commis son incendie poussé par un sentiment de vengeance. Avec son cerveau de débile, il s'était imaginé qu'en-

incendiant la meule de son patron, il lui donnerait « à réfléchir » et qu'ensuite on le laisserait tranquille. Il n'avait pas envisagé l'éventualité d'un emprisonnement ou d'un internement.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ COMPLIQUÉE D'ALCOOLISME ET D'ÉPILEPSIE

L'incendie, dans la débilité compliquée d'alcoolisme et d'épilepsie, peut dépendre de l'une quelconque de ces causes séparées.

Dans l'observation XIV, il a été provoqué par un épisode alcoolique aigu survenu au cours d'un alcoolisme chronique.

Il se peut encore qu'il résulte de l'union de deux de ces trois causes, ou même de ces trois causes.

Nous avons montré l'influence réciproque de la débilité et de l'alcoolisme, d'une part, de la débilité et de l'épilepsie, d'autre part, dans la détermination de l'acte incendiaire.

Cet acte criminel peut être le fait de la combinaison de l'alcoolisme et de l'épilepsie. L'alcoolique épileptique est un incendiaire très dangereux, parce qu'il obéit à la fois aux impulsions de l'alcoolisme et de l'épilepsie.

Exceptionnellement, la débilité, l'alcoolisme, l'épilepsie, s'associeront pour provoquer l'acte incendiaire.

Un débile, à la suite d'excès de boisson est frappé d'un ictus épileptique. Il obéit à une impulsion comitiale incendiaire, en relation avec une idée incendiaire ancienne et liée à la débilité.

Dans tous ces cas, mixtes, complexes, il importe de rattacher à chacune de ces causes ce qui lui appartient. Cette distinction est très importante au point de vue médico-légal. Pour estimer l'acte incendiaire et le

degré de responsabilité de son auteur, il faut examiner non seulement le sujet, mais encore l'acte en soi, avec toutes les circonstances qui l'ont entraîné.

L'acte criminel lié à la débilité sera aisément rattaché à sa cause.

L'impulsion incendiaire, due à l'alcoolisme, quelque brusque qu'elle soit, n'entraîne pas l'amnésie, d'une façon générale.

Le plus souvent, cet incendiaire se souviendra parfaitement de son crime. Parfois, le souvenir, vague au début, deviendra de plus en plus précis. Exceptionnellement, enfin, on observera une amnésie complète (obs. XXIII).

L'impulsion incendiaire, dépendant de l'épilepsie, est remarquable par son instantanéité, sa brusquerie, sa brutalité, son inutilité, son amnésie.

L'acte incendiaire apparaît donc, suivant qu'il résulte de la débilité, de l'alcoolisme, de l'épilepsie, avec des caractères particuliers. Ces caractères permettront de rattacher, chez un même individu, où ces trois causes sont possibles, l'acte criminel à l'une de ces causes seule, ou à plusieurs d'entre elles, variablement combinées, en donnant à chacune de ces dernières ce qui lui appartient.

OBSERVATION XIV. — *Débilité. — Incendie sous l'influence d'impulsion alcoolique. — Épilepsie.*

D..., vingt-huit ans.

D... sait à peine lire et écrire.

Il offre de nombreux signes de dégénérescence physique (voûte palatine ogivale, oreilles mal ourlées, lobule adhérent).

Depuis l'âge de quatorze ans, il a des attaques d'épilepsie, peu fréquentes, et il fait des excès de boisson.

A vingt-six ans, ayant bu de l'eau-de-vie, il incendie une grange.

Il se souvient très exactement des circonstances dans lesquelles il a commis cet incendie, sans raisons.

Il entre à l'asile le 15 novembre 1900.

Il en sort le 8 novembre 1903, n'ayant présenté durant cet intervalle que de très rares attaques.

D... est un débile alcoolique chronique et épileptique.

Son incendie a été le résultat d'une impulsion provoquée par une ingestion massive d'alcool survenant au cours d'un éthylisme chronique. Il n'est pas lié à l'épilepsie. Il est difficile d'estimer le rôle de la débilité. Il est possible qu'en tant que débile, au jugement défectueux, D... ait subi plus facilement l'influence nocive de l'alcool.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ AVEC TROUBLES DÉLIRANTS

Les débiles font parfois de vrais délires qui se distinguent, d'une façon générale, par une pauvreté, un défaut de systématisation, une variabilité remarquables. L'incendie peut être la conséquence de ces délires, qu'ils soient provoqués par des interprétations erronées, des illusions ou des hallucinations.

Le délire le plus fréquent est le délire de persécution. Au cours de celui-ci, le débile incendie pour se venger, pour attirer l'attention de la justice, ou même, dans ces deux buts à la fois.

Le débile présente encore d'autres délires, parmi lesquels le délire mystique. Le malade qui fait le sujet de l'observation XVII incendie pour obéir à des hallucinations de l'ouïe. Ce malade, à côté de son délire mystique à base d'hallucinations de l'ouïe, de la vue, présente des impulsions à courir, à rire, à se frotter les mains. Il a également eu des idées renouvelées de suicide. Aussi, se distingue-t-il des autres débiles, qui n'offraient pas semblables troubles impulsifs et obsédants, et se rapproche-t-il des malades que nous observerons dans la pyromanie, malades chez lesquels la

dégénérescence mentale se traduit par des phénomènes obsédants et impulsifs variables.

OBSERVATION XV. — *Débilité mentale. — Besoin génital non satisfait. — Incendie par vengeance. — Délire de persécution à base d'interprétations erronées.*

D..., quarante-quatre ans, cordonnier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Pas de renseignements.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Tout jeune, il montre un caractère insupportable. A l'école, il apprend très mal. Il sait à peine lire et écrire. Il est très désagréable pour les siens, ne supportant aucune observation.

A quinze ans, il fait quelques excès de boisson. Quand il a bu, il entre dans des accès de fureur, et casse tout.

A vingt-deux ans, il cherche à se marier.

Il ne trouve pas. Il travaille de plus en plus mal. Il se plaint de douleurs vagues. Il dit souffrir de tout le corps. Cet état hypocondriaque s'accroît. Il pense que toute sa maladie est la conséquence de son célibat forcé.

A vingt-quatre ans, cherchant toujours à se marier, mais en vain, mécontent de tout et de tous, persuadé qu'il a des ennemis qui l'empêchent de se marier, il incendie une grange.

Cette grange appartient à l'un de ceux qui ne veulent pas le laisser se marier. Il sait fort bien qu'en commettant cet incendie, il accomplit une mauvaise action; mais il veut se venger, et il préfère la prison au célibat.

Depuis, le malade est à l'asile de Prémontré, où il s'est toujours montré sombre, taciturne, ne causant pas, ne voulant pas travailler.

D... est un débile, qui, à l'âge de vingt ans, poussé par le besoin génital non satisfait, pense qu'il a des ennemis qui l'empêchent de se marier.

Il réagit contre ces persécuteurs en commettant un incendie.

Son délire de persécution, très mal systématisé, était à base d'interprétations erronées.

OBSERVATION XVI. — *Débilité. — Incendie comme réaction d'un délire de persécution.*

T... G..., quarante-deux ans, meunier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, il apprend à peine à lire et à écrire. Déjà il était d'un caractère sombre, taciturne, aimant peu à jouer avec ses camarades. A douze ans, il sort de l'école et travaille comme garçon meunier. A quinze ans, il fait quelques excès de boisson. Jamais il n'a présenté de signes d'éthylisme chronique. Jusqu'à l'âge de trente-quatre ans, il n'offre rien de particulier.

A cette époque, il était calme, content de son sort, quand, subitement, sans préparation aucune, il présente un épisode transitoire de délire de persécution. Il travaillait chez un meunier. Quelques années auparavant, il avait signé une assurance. C'est pour toucher le montant de cette assurance qu'on a essayé de le faire disparaître lentement. La bonne du meunier a essayé de l'empoisonner en mettant des purgatifs dans ses aliments. La bonne et le meunier étaient commandés par des gens qu'il ne connaissait pas. Pour ne plus être empoisonné, T... quitte ce moulin et se place chez un autre meunier.

A quarante-quatre ans, nouvel épisode de délire de persécution. Le nouveau patron chez qui il était employé, essaie encore de l'empoisonner. On veut le faire disparaître pour toucher sa prime d'assurance, on le suit dans la rue, on ne lui dit pas d'insultes, mais dans les auberges, il y en a qui rient en le regardant, ce qui signifie qu'il disparaîtra bientôt. Quand il mange, il éprouve souvent des coliques. C'est qu'on l'empoisonne avec de l'acide prussique, de l'émétique et de l'éther. Comme il mange chez son patron, il est évident que c'est lui qui l'empoisonne.

Son patron obéit à des gens qu'il ne connaît pas. T..., pour se venger, met le feu au moulin, puis va se constituer prisonnier, racontant aux gendarmes les motifs de son incendie.

Il est amené à l'asile de Prémontré, où il est toujours convaincu d'avoir été empoisonné.

OBSERVATION XVII. — *Débilité. — Délire mystique à base d'hallucinations de l'ouïe, de la vue. — Incendie provoqué par hallucinations auditives.*

B. E..., trente-cinq ans, manouvrier.

Il apprend à peine à lire et à écrire.

A vingt-cinq ans, n'ayant jusqu'alors rien présenté d'anormal, il présente un état de dépression mélancolique, qui l'amène à l'asile de Prémontré, où il reste six mois.

A vingt-huit ans, il retourne à l'asile atteint d'un délire mystique, à base d'hallucinations de l'ouïe, de la vue, et au cours duquel il a commis un incendie.

Il est en communication avec le diable, Satan, le bon Dieu, la Sainte-Vierge. Il les voit le soir à la tombée de la nuit, qui s'approchent de lui. Il les entend. Un jour, Satan lui a soufflé dans l'oreille que la fin du monde était arrivée. Il s'arme d'une serpe, pénètre chez un voisin, casse tout, menace une femme, en blesse une autre, puis met le feu à une meule de paille. C'est le diable et Satan qui lui ont dit de commettre cet incendie.

Parfois, B... se sent poussé par une force surnaturelle. Il se met alors à courir, à rire, à se frotter les mains. S'il y était forcé, il tuerait facilement un homme. Il a eu plusieurs idées de suicide, mais n'a jamais fait de tentatives.

B... est un malade très dangereux qui, sous l'influence d'hallucinations auditives, peut accomplir les pires méfaits.

Par ses impulsions, B... se rapproche des vrais pyromanes. Il n'a jamais présenté d'obsession, d'impulsions pyromaniaques vraies.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ MENTALE AVEC OBSESSIONS ET IMPULSIONS VOISINES DE LA PYROMANIE.

En clinique, l'on rencontre très souvent des cas mixtes, complexes, qu'il est impossible de ranger dans un cadre net.

C'est ainsi que l'incendie peut être provoqué chez un même malade, tantôt par la débilité, tantôt par des impulsions rappelant la pyromanie.

La malade de l'observation XVIII commet trois incendies. L'un relève de la débilité. Les deux autres sont dus à des obsessions incendiaires particulières. Ces obsessions sont si fortes, ou la volonté est si faible, qu'elles sont à peine combattues par cette dernière. Peu de lutte, pas d'angoisse. L'acte est le résultat facile de l'obsession. Aussi le soulagement consécutif à l'acte n'existe pas. De plus, ces obsessions sont diffici-

lement avouées, parce que la malade n'éprouve pas le besoin d'avouer, parce que, débile, elle s'imagine qu'en n'avouant pas, on la renverra plus tôt de l'asile.

Bien différentes sont les vraies obsessions de la pyromanie, où l'acte criminel n'est commis qu'après une lutte morale angoissante parfois très longue, où la satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte est très vive, où le malade avoue, sans restriction, son obsession avec tous ses caractères distinctifs.

OBSERVATION XVIII. — *Débilité. — Obsessions et impulsions incendiaires voisines de la vraie pyromanie. — Un incendie lié à la débilité.*

Femme O..., vingt-quatre ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur. Il était très jaloux de sa femme. Au bout de quinze ans de mariage, il divorce.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Etant jeune, la malade fut anémique. Elle était peureuse. Elle n'osait pas sortir le soir toute seule. Quand ses parents divorcèrent, elle avait quinze ans.

Pensant toujours au malheur de sa mère, elle eut des idées de suicide, et resta plusieurs jours sans manger.

A dix-huit ans, elle se marie.

A vingt ans, elle était chez son grand-père, employée aux travaux des champs. On fanait. On rentrait le foin dans les granges. Le soir, vers les 5 heures, elle va dans la grange prendre du bois. En redescendant, elle passe près du foin. L'idée lui vient d'y mettre le feu. Ce qu'elle fait aussitôt. Cinq minutes après, elle sort de la maison et regarde si le feu a pris. Apercevant de la fumée, elle se met à pleurer.

Après cet incendie, elle va à l'hôpital de Charleville. Un soir encore, vers les cinq heures, elle monte au grenier et met le feu à un tas de plantes sèches. Elle descend dans la salle et prend dans ses bras un enfant pour le sauver. La malade avoue qu'elle voulait mettre le feu à l'hôpital pour retourner chez elle.

Une fois l'hôpital brûlé, on aurait bien été obligé de la renvoyer.

On l'envoie à l'asile de Prémontré. Elle y reste sept mois,

présentant de l'excitation et de l'agitation maniaques qui s'atténuent.

Sortie de l'asile, elle retourne chez son mari pendant un an et demi.

Ayant conduit son enfant chez ses parents, désolée de cette séparation, elle monte au grenier vers les 5 heures du soir et met le feu à des fagots. Elle avait cette idée incendiaire depuis le matin.

Elle est ramenée à Prémontré. Elle est très impulsive, très agitée. Cette agitation se calme.

Cette malade est très réticente. Il semble bien qu'elle ait eu l'obsession incendiaire. Mais chez elle, la lutte engagée contre l'idée incendiaire a été courte. De suite, l'idée incendiaire s'imposant en maîtresse absolue de la conscience, a triomphé.

O... n'a pas présenté les phases de la vraie pyromanie, que nous retrouverons chez d'autres malades.

C'est une débile, qui a commis trois incendies. Le premier et le dernier semblent avoir été le résultat d'une véritable obsession, malgré que la malade ne veuille pas l'avouer, mais d'une obsession qui a amené l'acte immédiat, sans lutte préalable, sans soulagement consécutif. Le second incendie a été le fait d'une idée de débile. Elle a incendié l'hôpital de Charleville, pensant qu'ainsi on la renverrait chez elle.

O... est donc une malade complexe.

C'est une débile qui, sous l'influence de sa débilité et d'obsessions incendiaires primitives à acte immédiat, a commis trois incendies.

On doit la placer entre les débiles et les vraies pyromanes.

(*A suivre.*)

Revue critique

PHYSIONOMIE ET MIMIQUE

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr Armand LAURENT

Ancien médecin en chef
des asiles publics de Marseille et de Fains (Meuse),
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Suite et fin (1).

III

Depuis longtemps, tous les aliénistes sont d'accord pour affirmer avec J. Guislain (2) que, de même que toute maladie imprime des caractères particuliers à la physionomie et à l'expression, de même chaque genre d'aliénation mentale a son *facies*, manifestation physiognomique que le clinicien belge a désignée du nom de *masque*. En effet, les désordres de la folie impriment sur le visage des caractères qui leur sont propres, et qui, en raison des synergies musculaires, déterminent non seulement un défaut d'harmonie, mais encore une certaine laideur. Aussi peut-on dire avec Féré (3) que « la folie est l'ennemie de la beauté », tant la beauté est rare chez les aliénés. Elle produit des changements

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1905.

(2) J. Guislain. *Leçons orales*, t. I, p. 17. — Paul Sollier. *Guide pratique des maladies mentales*, 1893.

(3) Ch. Féré. *La pathologie des émotions*, ch. XI, « Signes physiques des psychopathies ».

tels que, plus nous visitons les asiles d'aliénés, et plus nous trouvons de types d'expressions physionomiques communes aux malades de ces établissements. Ces expressions correspondent aux caractères communs qui rapprochent les aliénés les uns des autres, et résultent de ce que les mêmes directions d'esprit et de sentiments s'expriment de la même façon chez des sujets présentant néanmoins certaines différences individuelles. Ce n'est pas que le visage fournisse seul la traduction des phénomènes morbides propres à l'aliénation mentale, car il ne faut pas oublier les gestes et les attitudes (voir la citation de Calmeil à la fin du dernier chapitre); mais parce que le visage est le centre véritable de la physionomie et « *c'est au langage que parle la face de l'homme* » que l'usage, d'accord avec la raison, a donné plus expressément le nom de *physionomie* (1). Cette partie du corps est le miroir fidèle, où se reflètent les émotions de l'âme, avec une délicatesse et une sincérité parfois incommode, à laquelle arrive difficilement le langage conscient, pour me servir des termes de Tanzi (2); les gestes sont les accessoires, interprètes moins spontanés, plus volontaires et plus appris.

Dans mon mémoire, avant d'esquisser le masque dans les différentes formes de vésanies, je me suis efforcé d'appeler l'attention sur un *syndrome physionomique commun* qui traduit précisément une altération commune à ces formes : l'*état de folie*. Les médecins spécialistes paraissent ne pas admettre ce syndrome, et les ouvrages de psychiatrie n'en font aucune mention.

Pourtant, Renaudin écrivait en 1854, après avoir cité Guislain, dont je viens de faire mention, que, « si le masque significatif de l'aliénation mentale a, en raison du mode particulier d'innervation; quelque chose de générique, il emprunte aussi ses traits les plus saillants aux types qu'il représente. Outre le reflet de la vie psychique, il porte encore l'empreinte du

(1) Albert Lemoine. *De la physionomie et de la parole*. 1865, p. 25.

(2) Con una delicatezza ed una sincerità talvolta incommoda, a cui arriva difficilmente il linguaggio cosciente. (Tanzi. *Trattato delle malattie mentali*, 1905, p. 199.)

« nouvel état physiologique. C'est en cela surtout que
 « sa mimique diffère essentiellement de celle des pas-
 « sions ordinaires, et, quelle que puisse être sa mobilité,
 « elle a un cachet qui lui est propre, aussi différenciée
 « que pent l'être la sensibilité morbide de la méditation
 « libre et volontaire. Les modifications prodnites dans
 « la contractilité musculaire exagérée, amoindrie,
 « tumultueuse, et, dans tous les cas irrégulière, sont
 « en quelque sorte le *substratum* de ce *facies*, sur les
 « caractères duquel un observateur exercé ne se trompe
 « presque jamais (1) ».

Je dois citer aussi une conclusion que je considère comme excessivement importante, parce qu'elle émane d'un observateur de non moindre valeur, qui s'est occupé tout particulièrement de la physionomie chez les aliénés, et parce qu'elle corrobore absolument la manière de voir que j'exprimais bien avant lui. Dès le début de la communication qu'il a faite au Congrès de psychiatrie de Moscou, en 1887, Sikorsky nous dit : « On
 « remarque chez la plupart des aliénés (*Geisteskranken*) des anomalies toutes particulières de l'innervation faciale qui n'ont rien à faire avec la mimique.
 « Plus l'état morbide est intense et plus sont manifestes
 « ces anomalies. Leur durée est sous la dépendance de
 « cette maladie. Elles disparaissent lors de la guérison
 « ou persistent comme des signes indélébiles de l'incubabilité. » Cette opinion a été étudiée ensuite par cet auteur dans le cours du mémoire précité.

Est-il nécessaire que j'expose ici ce que j'entends par cette expression : *Etat de folie*? A l'exemple de Parchappe, je considère l'aliénation mentale comme un terme générique comprenant trois divisions, dont la folie constitue la division intermédiaire. Malgré les objections qu'on peut faire à cette classification, objections qui ont leur principal argument dans la recherche des limites précises de ces divers états, elle a l'avantage d'avoir été consacrée de tout temps par le bon sens vulgaire, qui distingue le fou de l'idiot et du vieillard

(1) L. F. E. Renaudin. *Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*, 1854, p. 554.

tombé en enfance. C'est ainsi qu'on semble unanime à ne pas confondre l'aliénation mentale et la folie.

Je me garderai de chercher à définir cette dernière. Toutefois, me proposant d'y revenir, pour étudier le mécanisme de la physionomie, j'essaierai de résumer ici ses caractères principaux.

Dans cet état, la conscience (conscience *psychologique* qu'il ne faut pas confondre avec la conscience *morale*) se trouve perturbée d'une manière spéciale par une influence pour ainsi dire de nature cénesthésique, présentant quelque analogie avec le vertige. A travers cette influence, apparaît une impulsion irrésistible qui se rapporte soit à la pensée, soit au sentiment, pour aboutir à l'action, on qui aboutit directement à l'action. Tant que cette impulsion peut être arrêtée par le pouvoir inhibiteur inhérent à la conscience, il n'y a pas à proprement parler folie, car celle-ci ne se réalise qu'autant que l'action a lieu (1).

Notons que, dans ce cas, l'action a lieu par le fait d'un *automatisme*, qu'un maître, profond observateur, Baillarger, a exposé en disant : « C'est dans l'exercice « involontaire des facultés qu'il faut chercher le point « de départ de tous les délires. Dès qu'il survient de « l'excitation cérébrale et que la maladie commence, on « devient incapable de diriger ses idées ; elles s'im- « posent et l'on est forcé de les subir (2). » Déjà, dix ans auparavant (1845 et 1846), il affirmait ce même exercice involontaire et l'attribuait à un état cérébral inconnu.

Dans le tableau vivant constitué par la physionomie de l'aliéné, j'ai, persuadé que nous ne pouvons revoir en pensée que ce que nous pouvons décrire, tenté d'analyser le syndrome physionomique commun, que le vulgaire admet, mais qu'il n'est pas à même de dépeindre. C'est ainsi que, dans les généralités qui précèdent les

(1) Voir le remarquable article « Délire » fait en collaboration avec le prof. Ball et le Dr Ant. Ritti. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) Baillarger. La théorie de l'automatisme (*Ann. méd.-psych.*, 1856). — Voir Ritti. Eloge de Baillarger, séance annuelle de la Société médico-psychologique du 30 mai 1892.

descriptions des formes, j'ai énoncé (p. 201, t. I, 1863, *Annales médico-psychologiques*) une conclusion que je tiens à rappeler.

Suivant mes propres observations, le type de l'aliéné en général se reconnaîtrait à ce que l'expression de l'œil, du centre d'action oculaire et du centre d'action buccal n'est pas en harmonie. En d'autres termes, le rapport existant entre l'œil et les centres mimiques faciaux *oculaire et buccal* est modifié de façon à présenter un aspect plus ou moins caractéristique qui, au milieu des parties situées autour de cette expression physionomique, se manifeste par une désharmonie spéciale plus ou moins apparente (discordance, dissociation, peu importe le mot). Il y a dans ce nouveau rapport quelque chose de particulier qui semble se rattacher surtout à l'expression fournie par l'œil.

L'importance de cette manière de voir n'a pas échappé à Tardieu (1), qui a eu soin de la mentionner, quoique ma conclusion y soit incomplètement reproduite. Ch. Féré (2) l'a citée aussi dans son important ouvrage sur la *Pathologie des émotions*, au chapitre des signes physiques des psychopathies.

Ma conclusion était le résultat de l'observation d'un grand nombre de malades et d'une étude approfondie des parties expressives de la face.

Bien après moi, en 1881, Mantegazza (3) a cru devoir signaler chez l'homme sain d'esprit l'importance de deux grands centres physionomiques : l'œil et la bouche.

Les étudiant chez les aliénés, E. Morselli (4) les désigne du nom de : 1° *zone mimique oculaire*, où il distingue les mouvements du globe oculaire, les mouvements palpébraux et ceux qui s'irradient tout autour ; 2° *zone mimique buccale*.

Mantegazza (chapitre II) nous fait savoir que G. Battista de Rubeis (5), dans un livre sur les portraits et la

(1) A. Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie*, 1872.

(2) Ch. Féré. *Loc. cit.*, p. 368.

(3) P. Mantegazza. *La physionomie et les sentiments*, traduit en français, 1885, ch. xxiii.

(4) E. Morselli. *Loc. cit.*

(5) G. Battista de Rubeis. *Di ritratti ossia trattato per cogliere le fisionomie*, 1809, Paris, imprimé en italien et en français.

meilleure manière de saisir les physionomies, afin de prouver que toutes les parties du visage n'ont pas une importance égale pour distinguer les hommes entre eux, indique le procédé suivant :

Supposons qu'un ami familier, que l'on voit très souvent, se couvre la tête d'une coiffure entourant le visage, en cachant la lèvre inférieure, le front et la moitié des joues. Le reste, c'est-à-dire les yeux, le nez et la lèvre supérieure, demeurent à découvert. Bien que la plus grande partie de la face soit ainsi cachée, la physionomie se reconnaît immédiatement, parce que les *caractères distinctifs* sont apparents. Mais, si cet ami, la tête arrangée comme à l'ordinaire, met un petit loup, qui va du milieu du front jusqu'au milieu du nez, en couvrant le petit espace occupé par les orbites oculaires, ses amis ne le reconnaîtront plus, surtout s'il a changé la forme ou la couleur de ses vêtements habituels.

De Rubeis en conclut que, dans la physionomie, il y a deux caractères distinctifs : l'un, *principal*; l'autre, *accessoire*. La partie du visage qui s'étend de l'os du nez jusqu'au milieu du front et qui est située entre les deux tempes serait le caractère distinctif principal, et la partie qui comprend le haut des joues et le bas du nez en serait le caractère accessoire.

Je dois signaler ici les procédés indiqués par Alph. Bertillon pour examiner la partie centrale, qu'il considère comme essentiellement caractéristique. Cet observateur recommande de couvrir l'emplacement où, par des changements de coupe de barbe et de cheveux, se produisent des dissemblances plus ou moins prononcées, au moyen d'un masque de papier découpé de façon à ne laisser voir que les parties semblables (1).

S. Schack (2), recherchant les analogies physiologiques entre l'homme et les animaux, dit que l'animal reste toujours animal et que, pour le distinguer, on trouve presque toujours, dans l'expression des yeux, un caractère très suffisant. Cet auteur fait remarquer que toute excitation violente semble rapprocher l'homme de l'ani-

(1) Alph. Bertillon. *Loc. cit.*, p. 31.

(2) S. Schack. *La physionomie chez l'homme et les animaux*, 1887, p. 247 et suiv.

mal, et même qu'une certaine parenté avec ce dernier ne se trahit jamais mieux ni plus souvent que chez celui, dont les facultés sont dominées par les instincts et les penchants de l'animal.

Je n'insisterai pas davantage sur des citations qui, en circonscrivant le champ de l'expression faciale, viennent jusqu'à un certain point corroborer ma manière de voir.

Toutefois, je tiens à faire ressortir que le savant professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, J. Grasset, dans la préface de son ouvrage le plus récent (1), informe qu'il n'a pas encore eu le temps de combler la lacune, qu'il qualifie de grave, relativement à l'*appareil nerveux du psychisme*. Déjà, dans les *Actualités médicales* (2), il faisait entrevoir, par une note, le jour prochain de l'étude du *syndrome de l'appareil intellectuel*. Ce syndrome ne peut manquer de nous édifier sur les manifestations physionomiques.

En attendant ce jour, je ne puis que déplorer que nos confrères des asiles d'aliénés semblent arrêtés devant le *vague* qui englobait la *physiognomonie* et qui, si longtemps, en a fait une science conjecturale, avant les travaux des expérimentateurs (électro-physiologie) et des anatomistes (concernant le développement et la structure des éléments nerveux). Peut-être le scepticisme qui, avec juste raison, entourait les appréciations individuelles, issues de ce vague, a-t-il contribué à la répugnance qu'on constate, en France, pour une étude qui est difficile, sans aucun doute, mais qui n'en a pas moins une valeur incontestable.

En tenant compte de la différence des mouvements d'expression *réflexes*, directement subordonnés aux lois anatomo physiologiques de l'organisation, et des mouvements d'expression *conventionnels* qu'on classe dans la *mimique voulue* et qui font plus particulièrement partie de la vie mentale, il s'agit de comparer l'individu à lui-même, dans le cours de son existence mentale.

(1) J. Grasse. *Les centres nerveux, physiopathologie clinique*, 1905.

(2) J. Grasset. *Diagnostic des maladies de l'encéphale. Actualités médicales*, 1901.

On met ainsi en présence des manifestations faciales de l'état psychique actuel celles des états psychiques antérieurs, et surtout de celui qui lui est le plus habituel et caractérise sa personnalité, c'est-à-dire la synthèse de sensations et d'images qui, en s'assimilant, restent inhérentes à l'individu, pour constituer son unité et son identité. Cette synthèse, qui se traduit à l'extérieur par la physionomie, tend à prouver le lien qui réunit la vie psychique antérieure avec la vie psychique présente.

Ici, nous ne pouvons oublier que l'unité de la personnalité peut être rompue et que certains malades traversent des états psychologiques différents les uns des autres (*personnalités multiples*, connues sous le nom de *double personnalité*, *personnalités alternantes*, *personnalités simultanées*). Dans l'un, ils ont des sensations, des souvenirs, des imaginations qu'ils n'ont pas dans l'autre. Certains malades ont simultanément deux états psychologiques qui s'ignorent l'un l'autre.

Si les nuances sentimentales sont trop variées pour que des muscles différents servent à exprimer chacune de ces nuances sur le visage, l'expérience a prouvé qu'un certain nombre de muscles ont une prédominance réelle dans les expressions faciales fondamentales, auxquelles se rattachent d'autres manifestations sentimentales ou émotives, qui en dérivent. De cette façon, un certain nombre de fascicules musculaires se groupent pour répondre aux impulsions nées des *centres de projection* ou *d'association* et des *systèmes d'association* qui les complètent. Il en résulte que chaque expression, ou enveloppe corporelle du sentiment, selon les termes de A. Bain (1), serait le résultat de la coordination motrice des irradiations impulsives, issues du centre sous-cortical, où s'est diffusée l'excitation. La mimique est ensuite d'autant plus fidèle dans ses mouvements que l'instrument de l'expression est plus parfait.

Aucun acte psychique n'a lieu sans un lien qui le rattache au corps, fait qu'Engel (2) avait déjà énoncé,

(1) A. Bain. *Les émotions et la volonté*, traduct. française, 1885, p. 31.

(2) Engel. *Lettres sur le geste et l'action théâtrale*, traduit de

dans ses *Lettres sur le geste et l'action théâtrale*. Gratiolet disait, en 1865 : « Les sens, l'imagination et la « pensée elle-même, si élevée, si abstraite qu'on la « suppose, ne peuvent s'exercer sans éveiller un senti- « ment corrélatif, et ce sentiment se traduit directe- « ment, sympathiquement, symboliquement ou méta- « phoriquement dans toutes les sphères des organes « extérieurs qui le racontent tous suivant leur mode « d'action propre, comme si chacun avait été directe- « ment affecté (1). »

C'est par suite de cette relation qu'ont lieu les mouvements qui traduisent les changements intimes résultant de l'élaboration de ces actes. Mais ces mouvements qui se produisent à l'extérieur, faisant suite aux mouvements effectués à l'intérieur, sont parfois difficiles à saisir, à cause de la complexité et dans la diffusion nerveuse et dans la localisation plus ou moins restreinte du dégagement dans les voies motrices. D'ailleurs, cette complexité est sous la dépendance de l'énergie des excitations et des conditions du sujet. Le D^r Mercier (2), divisant ces nuances émotives et sentimentales en classes, sous-classes, genres et espèces, est parvenu à compter 128 manifestations affectives.

Les relations constatées pour les actes psychiques de l'état sain ne sont pas moins exactes quand il y a *folie*. Sous ce nom folie, comme je l'ai déjà dit, je ne veux considérer ici que les troubles psychiques développés chez les individus dont l'intelligence était relativement saine antérieurement. Toutefois, en opposition à cet état sain, il importe de faire une distinction éminemment clinique entre les affections survenant chez des sujets qui, avant l'éclosion des troubles psychiques, ne se sont fait remarquer par aucune originalité de caractère et entre les affections où, par suite de certains états de dégénérescence (3), ces troubles psychiques présentent

l'allemand en français, dans un *Recueil de pièces intéressantes*, etc., 1785, chez Barrois, l'aîné.

(1) Gratiolet. *De la physionomie et des mouvements d'expression*, 1865, p. 65.

(2) Ch. Mercier. *The nervous system and the mind*, 1888.

(3) Voir Sikorsky. *Loc. cit.*, 1887, paragraphe V, *Die Mimik*

des caractères particuliers de fragilité symptomatique. Je me bornerai à signaler cette distinction essentielle pour revenir à l'état morbide que j'ai esquissé (p. 57).

Cet état morbide n'est pas autre chose, comme l'exprime Schüle, (1). que : « une maladie du moi, ayant un « substratum anatomique, et causée par une affection « cérébrale ». Ce substratum anatomique du moi, de l'unité sentante, a une extériorisation, d'autant plus apparente que, par suite des conditions morphologiques, l'irritation donne lieu à une forme plus psychologique.

Morselli (2), que je ne saurais trop citer en cette importante question de séméiologie, désigne du nom de *dysmimies* les altérations morbides de la physionomie et de la mimique émotive. Au point de vue de l'énergie, de la rapidité et de la durée des mouvements, il établit ensuite les catégories suivantes :

1° *Hypermimie*. — Quand la mimique de l'aliéné se présente plus forte qu'à l'état normal, exagération dans tous les cas d'excitation, accentuation outrée des expressions personnelles. On y rencontre la *polymimie* ou *polymorphie mimique* ;

2° *Hypomimie*. — Quand cette mimique est plus faible, plus lente, plus difficile à se modifier, à moins de stimulations très énergiques, ou diminuée dans les états de dépression où il y a affaissement de l'activité intellectuelle et de la tonicité sentimentale ou même dans les états transitoires de faiblesse de l'innervation motrice ;

3° *Amimie*. — Quand elle est suspendue, qu'elle manque pour ainsi dire, ou encore qu'elle est entièrement abolie. Cette amimie peut être *asthénique* ou *hypersthénique* ; dans celle-ci la physionomie et la mimique restent fixées dans une attitude déterminée, souvent sous la dépendance d'états hallucinatoires. La stabilité physionomique y subit l'influence d'une action automatique ou d'un élément automatique qui fait partie d'un état volontaire plus ou moins complexe.

bei Degenerationszuständen (La mimique dans les états de dégénérescence).

(1) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, traduit par J. Dagonet et G. Duhamel, 1888.

(2) E. Morselli. *Loc. cit.*, t. II, § 83.

J'estime qu'il y aurait lieu d'ajouter une autre catégorie, *spasmomimie*, qui se rapporterait à certains états convulsifs du visage, et peut-être conviendrait-il de la placer en première ligne. Elle appartient à certaines formes plus ou moins neurasthéniques ou névrosiques, où l'émotivité vient se traduire particulièrement.

Les formes chroniques secondaires se distinguent par la désassociation ou défaut de conformité entre les mouvements du visage et ceux des autres organes mimiques, désassociation qui se manifeste d'autant plus que ces formes touchent à la démence.

Ségla (1) est d'avis qu'il y a lieu de séparer le groupe des divisions précédentes, qu'il rapporte aux *expressions purement émotives*, d'un autre groupe qu'il désigne sous le nom de *langage mimique*. Tandis que le premier groupe concernerait le côté affectif de la vie psychique, le dernier serait constitué tout particulièrement par des mouvements intentionnels, servant à l'expression de la pensée. Il classe ce langage mimique en : 1° *hypersémie*, quand il est exagéré ; 2° *hyposémie*, s'il y a diminution ; 3° *asémie*, lorsqu'il y a disparition de ce langage mimique ; et 4° la *parasémie* comprend les perversions diverses, qui se manifestent sous l'influence des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions diverses.

Ces deux groupes comportent les mêmes considérations, que je crois devoir exposer à propos du substratum anatomique.

Il importe de distinguer les caractères qui appartiennent en propre à l'état de ce substratum anatomique : 1° suivant qu'il y a une lésion durable et incurable des éléments moteurs de la vie de relation (*maladie avec lésion fixe*), et 2° suivant qu'il y a seulement un simple trouble, pour ainsi dire *fonctionnel*, qui rend l'extériorisation non continue, comme l'est en général (2), dans l'élément nerveux, ce trouble ou état dynamique pathologique (*maladie sans lésions appréciables*). J. Guislain

(1) Ségla. Séméiologie des affections mentales, page 133, dans le *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction du Dr Gilbert Ballet.

(2) Spring. *De la périodicité physiologique*, 1869.

considère la périodicité comme le résultat d'une altération essentiellement propre aux maladies nerveuses. Je ne saurais trop appeler l'attention sur la différence des résultats psychiques du degré des altérations, quand il s'agit de cette extériorisation. Luys avait fait de ces deux catégories de maladies la base de sa classification des maladies mentales (1). Après lui, P. Flechsig (2) s'efforce de rattacher à la seconde la variabilité de certains délires et le délire partiel.

Dans le premier cas, il est facile de reproduire un certain nombre de *masques vésaniques*, appartenant à des formes plus ou moins immuables ou progressives, désignées sous le nom de *psychopathies organiques* (paralysie générale, démence, etc...). L'expression y est stéréotypée. A. Tebaldi (3) (planches XXIII, XXIV, XXV) représente la paralysie générale à la première période, à la période avancée, à la période d'exaltation. M. le D^r E. Dupré, dans un superbe chapitre du *Traité de pathologie mentale* publié sous la direction du D^r Gilbert Ballet, a étudié avec soin les troubles de la *psycho-reflectivité* et de la *mimique*. Il y a joint un certain nombre de reproductions photographiques très caractéristiques.

Dans ces psychopathies organiques, comme le fait remarquer Ségla (4), la mimique est incomplète, douteuse. Leurs rires ressemblent à des pleurs. L'expression émotionnelle se trouve entravée dans sa production par des modifications premières et indépendantes de la mimique, dues à des troubles psycho-moteurs. La dissociation, qui apparaît sur le visage en repos, n'a pas la même valeur que celle qui, résultant plus particulièrement de l'énergie psychomotrice accumulée dans les cellules nerveuses, survient avec le phénomène émotionnel ou sentimental.

Morselli range ces déviations de la physionomie sous

(1) J. Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, classification, p. 386.

(2) P. Flechsig. *Etudes sur le cerveau*, traduction L. Lévy, 1898.

(3) A. Tebaldi. *Loc. cit.*

(4) J. Ségla. *Troubles du langage chez les aliénés*, chap. III, *Troubles du langage, mimique*, 1892.

le nom de *paramimies*. Elles appartiennent surtout aux formes secondaires, chroniques ou de dégradation organique. Il les subdivise en : 1° paramimies *hyper*-cinétiques (convulsives) ; 2° paramimies *hypo* et *a*-cinétiques, caractérisées par l'inexpression plus ou moins absolue ou par la dyssymétrie bilatérale de l'expression, et 3° paramimies *spéculaires* (par imitation).

C'est la mobilité du trouble fonctionnel qu'il est surtout essentiel d'envisager, lorsqu'on examine le symbolisme moteur de la physionomie dans les formes qui n'appartiennent pas à la catégorie des maladies avec lésion fixe. Elle résulte d'une altération jusqu'ici inconnue, déterminant, par une sorte d'irritation plus ou moins obscure, une tension interne, qui donne lieu à des sensations instables, au moyen d'une intervention partielle. Nous la constatons dans les états qui ont été classés sous le nom de *frontières de la folie* (1) et où, comme des flammes erratiques, apparaissent des phénomènes variables de désagrégation mentale. Parmi ces états, je dois mentionner les manifestations extérieures de l'hystérie. Par suite d'une excitabilité spéciale et d'un déséquilibre particulier des fonctions du système nerveux, issu d'anesthésies segmentaires plus ou moins temporaires, se produit un certain affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique. Il est dû à l'altération de la perception, ainsi qu'à l'activité automatique des éléments psychiques. Il se traduit par des symptômes physiques qui ne restent pas en dehors du champ de la physionomie.

A la base même du substratum anatomique, se trouve l'acte *réflexe* que Luys (2) a étudié avec tant de soin, et qu'il importe de bien différencier de l'acte *automatique* et de l'acte *libre*.

Scrutant les manifestations réflexes de la vie psychique à l'état morbide, ce savant physiologiste les divise en deux groupes principaux : dans le *premier*, les expressions sont des traductions fidèles d'un processus nor-

(1) A. Cullerre. *Les frontières de la folie*, 1888. — G. Flechsig. *Frontières de la folie*, conférence dans *Etudes sur le cerveau*, 1898.

(2) J. Luys. *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales*, Des actions réflexes du cerveau, 1874.

mal considérablement prolongé et amplifié. Il y a un rapport naturel entre l'ébranlement du sensorium et la manifestation extérieure par laquelle il se révèle. On y trouve les actes accomplis par les somnambules, actes qui sont à la fois involontaires, automatiques et inconscients. Dans le *deuxième* groupe, l'émotion du sensorium ne se résout pas en manifestations somatiques suivant l'ordre habituel. Le processus, auquel elle donne naissance, se répartit d'une façon vicieuse. Quelque chose d'insolite, d'étrange, d'extra physiologique se produit dans la manifestation réflexe et rappelle ainsi l'idée d'une déviation des courants nerveux centrifuges.

La durée d'une expression est un élément important de l'appréciation d'un état nerveux. Elle nous édifie sur l'intensité de l'action motrice que Barthez appelait *force de situation fixe* et qui, à l'état de repos, par suite d'un certain genre de contraction musculaire, constitue le *tonus*. A ce point de vue, les expressions, tantôt *spon-tanées*, tantôt *provoquées*, sont plus ou moins *perma-nentes* ou *passagères*. On y constate l'immobilité de la stupeur. La *paraboulie* peut s'y manifester de manière à donner lieu à des mouvements systématiques, à des grimaces bizarres. La *catatonie* est la persistance obstinée d'un malade à avoir une attitude déterminée, expressive, immobile. Les idées délirantes actives et les hallucinations y ont une influence toute particulière. D'autres fois, contrastant avec ce symptôme, apparaît celui de résistance ou d'inertie, appelé *négativisme*, conséquence d'une déviation de l'activité mentale, ou bien encore d'une absence de cette activité, par l'effet d'une espèce d'engourdissement cérébral.

La réaction est vive et rapide chez les individus très excitables, et au contraire retardée dans les états de dépression ou d'affaiblissement intellectuel. Cette mobilité nous permet d'apprécier la capacité de l'*attention* et la valeur intellectuelle sur laquelle les *caractères morphologiques* (1), caractères dont nous ne saurions trop faire ressortir l'importance, ont déjà pu donner

(1) J. Séglas. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895, et Sémiologie des affections mentales, 1903, dans le *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de Gilbert Ballet.

quelques indications. D'ailleurs, nous savons que la mobilité traduit tout particulièrement les émotions et les sentiments.

C'est même cette mobilité qui fait que, dans une forme donnée, on observe des caractères qui peuvent faire croire momentanément à d'autres formes. La connaissance de ces mutations passagères ne saurait échapper à l'aliéniste expérimenté. Aussi, ne faut-il pas se méprendre sur ce qui, sans être exactement une forme réelle, un état morbide caractéristique dans l'ensemble de son évolution, n'est qu'une variété clinique dépendant des différences originaires de la capacité mentale et de la puissance fonctionnelle du cerveau, d'où la prédominance des expressions soit intellectuelles, soit émotionnelles, ou le mélange de ces deux modalités de condition nerveuse.

Je tiens essentiellement à ce que dans la manifestation faciale que j'ai observée, dans le *symptôme clinique*, qui apparaît comme dans un tableau, ne soit pas perdu de vue ce qui se passe derrière, dans le cerveau, où il y a lieu de rechercher le mécanisme producteur de ce symptôme. Dans l'avant-propos du livre que j'ai cité, Th. Meynert fait remarquer que l'observation des symptômes cliniques précède l'interprétation ; et ce n'est pas, dit-il, dans des données théoriques qu'on doit puiser l'explication des phénomènes morbides, mais dans les connaissances exactes suggérées par l'observation.

Semblablement à ces signaux, ou mécanismes extérieurs, que notre œil contemplant dans les télégraphes aériens primitifs, la manifestation extérieure constatée sur la face est l'aboutissant de l'activité psychique et de l'activité organique, cette dernière étant la condition du fonctionnement de la première. On est ainsi entraîné à rechercher le mode d'origine d'un symbolisme, dont l'analyse ne laisse pas d'arrêter quelque peu. Pour la réalisation de ces activités, les processus psycho-réflexes évoluent à travers un réseau de cellules sensitivo-motrices et donnent lieu à des phénomènes de sensibilité transformée, sous l'influence métabolique des différents centres d'innervation ou chaînes de neurones qu'ils rencontrent sur leur parcours. Perpétrés, pour ainsi dire, par des énergies diverses, les processus s'amortissent en

fin de compte dans les régions automatiques, subordonnés à l'état violent de la sensibilité intérieure. Leurs manifestations s'extériorisent aux dépens de celles de l'intelligence, de la réflexion et du travail logique. C'est dans ces conditions que les traits de la face se concentrent sur la ligne médiane, pour exprimer les impressions ressenties par certains territoires spéciaux. Il n'est pas rare d'observer des mouvements automatiques et même inconscients de la face, chez des mélancoliques anxieux, par exemple, mouvements sans aucun rapport avec l'état émotionnel. Parfois, l'excès du trouble cénesthésique aboutit à la même défaillance de la manifestation externe. Je laisse de côté les tics et les mouvements systématisés automatiques.

Les *expressions mixtes* ne sont pas rares sur la physionomie de l'aliéné. C'est pour cela que j'ai cru devoir mentionner, dans l'analyse du livre de M. Ed. Cuyér, l'expression absolument extraordinaire qui avait attiré l'attention, de Charles Darwin (1) sur les figures 48 et 49 de l'Album de Duchenne, de Boulogne.

De récents travaux, se basant sur des faits immédiatement observés et contrôlés par l'autopsie ou simplement déduits de l'observation clinique et de l'expérimentation, ont établi que *les mouvements mimiques de la face sont sous la dépendance de la couche optique*.

M. le professeur Bechterew a bien voulu me confirmer cette conclusion, dans une lettre particulière.

Les recherches expérimentales que Bechterew (2) a faites, au laboratoire de Flechsig, sur les fonctions des couches optiques et, antérieurement, celles non moins nombreuses et importantes de von Monakow (1882, *Archives de Virchow*), ont brillamment confirmé la conception que Nothnagel avait exprimée, en 1879 (3), dans son *Traité clinique de diagnostic des maladies de l'encéphale*.

(1) Ch. Darwin. Note des pages 161 et 162 de son livre : *Expression des émotions*.

(2) W. Bechterew. Die Bedeutung der Sehhügel auf Grund von experimentellen und pathologischen Daten. *Virchow's Arch.*, 1887.

(3) H. Nothnagel. *Traité clinique de diagnostic des maladies de l'encéphale*, traduit en français par le Dr P. Kéraval, p. 225.

Déjà, en 1865, notre Luys (1) avait, dans cette couche optique, qu'il considérait comme une *véritable intumescence ganglionnaire*, à départements multiples, décrit, parmi quatre groupes ganglionnaires, qu'il dénommait *centres*, un noyau spécial affecté à la sensibilité générale. Ce noyau, que seul paraît posséder le cerveau des primates, a reçu le nom de *centre médian de Luys*. Toutefois, comme le fait remarquer Bechterew, dans des travaux ultérieurs à celui que je viens de citer et résumés dans un mémoire récent (2), publié dans le *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, que le savant physiologiste russe a bien voulu m'offrir, avec d'autres documents relatifs à ce sujet, il y a, dans la couche optique, d'autres petits centres, dont les fonctions ne sont pas entièrement connues, mais qui, d'après ses nombreuses recherches expérimentales, paraissent se rapporter à un certain nombre de fonctions végétatives.

La proximité de tous ces centres ne manque pas d'importance : 1° au point de vue de la concentration des différentes impressions, de leur union, de la bonne harmonie dans les perceptions (cette dernière condition est, on le sait, absolument nécessaire pour le développement de l'intelligence), et 2° relativement à la question que j'étudie, tout particulièrement au point de vue des mouvements d'expression comme traducteurs des phénomènes psychiques. Déjà, en 1885, puis en 1887, Bechterew avait eu soin de mettre en relief la valeur de cette proximité, qu'il rappelle dans son dernier mémoire.

Les relations que l'investigateur français a constatées entre la couche optique et la totalité de l'écorce cérébrale ont été l'origine de la théorie qu'il a proposée concernant le fonctionnement intellectuel. Or, von Monakow a solidement établi, en 1882, que la couche optique se trouve reliée à toutes les régions de l'écorce cérébrale par les fibres de la couronne rayonnante de

(1) J. Luys. *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, 1865.

(2) W. Bechterew. Ueber die sensible und motorische Rolle des Sehhügel. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Band XVII.

Reil, fait que Kölliker a cherché à interpréter physiologiquement.

Von Monakow considère comme très probable qu'un rôle important, non seulement au point de vue de la sensibilité générale et spéciale, mais encore au point de vue de la régularisation des mouvements, revient aux *noyaux ventraux* du thalamus, étroitement associés aux circonvolutions centrales, et cela, au sens d'une source d'incitation projetée sur l'écorce de ces circonvolutions.

Van Gehuchten (1) confirme que des fibres à la fois *corticifuges* ou *cortico-thalamiques* et *corticipèdes* ou *thalamo-corticales*, avec prédominance de ces dernières, pénètrent, par la face latérale externe, dans l'amas de substance nerveuse qui constitue le thalamus. L'existence des fibres thalamo-corticales en nombre considérable a encore été démontrée par Déjerine et Long, en 1898 (2); dans deux cas de lésions congénitales des hémisphères cérébraux où les fibres d'origine corticale faisaient complètement défaut. Ainsi, d'après les recherches de ces anatomistes, la plus grande partie et même la totalité du faisceau sensitif fait une étape dans la couche optique, en avant du pulvinar, dans la partie inférieure et postérieure du noyau externe du thalamus, autour du noyau médian de Luys. Bechterew insiste sur ces résultats pour affirmer les conclusions qu'il a formulées sur les fonctions sensibles et motrices des couches optiques. D'après les constatations de Köllikers, les voies cortico-thalamiques ne se développeraient que plus tard, après la naissance.

Bechterew considère la couche optique comme une station intercalaire (*Internodium*) des voies sensibles. Cette agglomération ganglionnaire serait le centre de coordination des mouvements mimiques correspondant aux divers états affectifs et émotifs. Elle serait douée d'un pouvoir d'inhibition, subordonné au fonctionnement et au développement des voies associatrices inter-

(1) Van Gehuchten. *Anatomie du système nerveux de l'homme*, t. II, p. 232 et suiv.

(2) Déjerine. Sur les connexions de la couche optique avec la corticalité cérébrale. *Société de Biologie*, 1898.

hémisphériques et résultant des processus psychiques. Mais elle posséderait aussi une action réflexe spéciale qui se transmettrait par des voies nerveuses paraissant n'avoir rien de commun avec les voies destinées à l'exécution des actions volontaires. L'affaiblissement de la puissance inhibitrice rend manifeste cette action réflexe spéciale, tout particulièrement dans l'émotivité facile de l'enfant, de la femme et du vieillard. Mais la lésion de la couche optique atteint aussi le pouvoir inhibiteur, soit qu'elle donne lieu à des mouvements analogues à ceux de la chorée, soit au contraire à la disparition des mouvements. L'apparition de la paralysie mimique, à la suite de la destruction des deux couches optiques, a été démontrée d'une manière incontestable par les nombreuses recherches expérimentales de l'éminent neurologue russe.

Mais il n'est point nécessaire que ces lésions soient absolument localisées dans le thalamus pour que l'incoordination se manifeste dans la mimique. Il suffit qu'elles intéressent les faisceaux appartenant à cet organe et alors, par suite de mécanismes altérés par la maladie, on pourrait, ainsi que le suppose Sikorsky, expliquer l'absence, en beaucoup de cas, de toute expression véritable d'états affectifs correspondants. Toutefois le principal rôle est joué par les centres d'innervation mimique et permet d'interpréter le défaut de proportion entre les sentiments du malade et leurs manifestations. En outre, Sikorsky est disposé à se rattacher à l'opinion de Frensberg, que « dans les psychoses, toutes les « anomalies de mouvements sont vraisemblablement « indépendantes de la *volonté* et de la *conscience* », et estime que cette manière de voir peut être appliquée à la mimique pathologique.

Dans l'étude de l'expression fournie par le rire et le pleurer spasmodiques, Brissaud (1), confirmant les conclusions de Bechterew, la localise dans la partie anté-

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1893-94. Le rire et le pleurer spasmodiques. — Ernest Dupré et Albert Devaux. Rire et pleurer spasmodiques par ramollissement nucléocapsulaire antérieur, etc... Communication à la Société de Neurologie de Paris, 1901.

rière de la région thalamique. Il ajoute que par suite de la convergence croissante des fibres émanées des systèmes de projection, plus la lésion semble descendre dans le bulbe, moins se trouve particularisée l'expression de la joie, de la douleur, de la haine, de la terreur, etc..., toutes manifestations qui correspondent à des jeux infiniment délicats de la physionomie et des centres des muscles peauciers. Pour Brissand, le faisceau qu'à un moment donné ce médecin avait cru devoir désigner du nom de *faisceau psychique*, et dont il affirme depuis ne pas se rendre nettement compte de ses attributions précises, relie le plus directement l'écorce frontale aux noyaux gris de l'hémisphère et du bulbe. En outre, ce faisceau a un rôle prononcé dans la traduction des actes psychiques et est le rouage indispensable des mouvements qu'on qualifie à tort ou à raison de *psycho-réflexes*. On a pu reconnaître que l'influence de la moindre excitation psychique pouvait imposer des manifestations expressives tout à fait en désaccord avec le véritable état affectif et intellectuel.

Un fait récemment publié confirme les détails précédents : je le résume. Chez une malade qui proférait la menace de frapper, en même temps qu'elle menaçait du geste et de la parole, tandis que sa physionomie prenait une expression étrange d'un sourire forcé et presque moqueur, accentué de plus par le ptosis de la paupière et le strabisme externe qui lui donnaient une physionomie particulière (tous phénomènes du domaine de la mimique), le Dr Benaki (1), de Smyrne, a constaté à l'autopsie une lésion de la couche optique, résultant d'une tumeur glio-sarcomateuse, en fuseau, envahissant le corps strié, la partie postérieure de la couche optique, toute la capsule interne, le noyau lenticulaire et une partie de la capsule externe.

Cet observateur fait remarquer, en terminant son mémoire, qu'en raison du peu d'étendue d'une lésion dans un sens ou dans un autre, il peut ne se produire tout d'abord que des symptômes d'irritation déterminant des contractions des muscles mimiques de la face.

(1) Benaki. Contribution à l'étude des fonctions de la couche optique. *Archives de Neurologie*, novembre 1904.

Inspiré par les leçons de son illustre maître Luys, Ant. Ritti (1) a établi son excellent travail sur *les hallucinations*, basé sur l'activité des éléments divers qui composent la couche optique. La théorie qu'il expose est encore la meilleure, celle qui rend compte des faits de la manière la plus satisfaisante. Les recherches cliniques sont loin de faire considérer comme suffisamment fondée celle que Tamburini (2), en 1881, a érigée sur la nature mixte des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale, sur la communauté d'origine et de siège qu'il prétend devoir exister pour les troubles moteurs et les troubles sensitifs. Tamburini se borne à considérer l'irritation sensorielle, sans tenir un compte suffisant du trouble mental, c'est-à-dire de l'appareil quel qu'il soit qui sert de substratum à l'élément psychique.

Le professeur Grasset (3) nous fait observer à ce sujet que l'altération de l'appareil nerveux *sensoriel* n'engendre que la *forme sensorielle spéciale* de l'hallucination, celle-ci étant déterminée par l'altération de l'appareil nerveux du psychisme. La théorie du professeur de psychiatrie de l'Université de Modène n'est pas précisément approuvée par E. Tanzi (4), qui est d'avis que *la pathogénie de l'hallucination devient plus claire et plus acceptable, en admettant que les images des choses sont reçues en un lieu et perçues dans un autre*. D'ailleurs, si on scrute avec soin les observations publiées jusqu'à ce jour, on constate que les paralysies motrices d'origine corticale existent *deux fois sur trois*, sans être accompagnées d'aucune perturbation des fonctions sensitives (5).

La sensation et la perception forment deux degrés bien distincts de la connaissance. La deuxième provient de l'union d'un certain nombre de cellules nerveuses des centres sensitifs, union qui a lieu par l'entremise des fibres d'association et par l'action des centres d'as-

(1) Ant. Ritti. *Théorie physiologique de l'hallucination*, 1874.

(2) Tamburini. La théorie des hallucinations. *Revue scientifique*, 1881.

(3) Grasset. *Les centres nerveux*, p. 478.

(4) E. Tanzi. *Loc. cit.*, p. 111.

(5) Charcot et Pitres. *Les centres moteurs corticaux chez l'homme*, p. 158, 1895. Bibliothèque Charcot-Debove.

sociation ou complexe de neurones, que l'on constate dans les étages subcorticaux. Là, de nombreuses fibres nerveuses centrifuges et centripètes (radiaires, tangentielles, commissurales) établissent les connexions avec les sphères sensibles, au travers d'un fouillis inextricable, feuillage ou réseau, de dendrites, prolongements protoplastiques émanés des cellules nerveuses. Le résultat de cette série de phénomènes biologiques est d'autant plus parfait qu'il provient d'une harmonie plus exquise de tous les départements du cerveau, en même temps que les éléments organiques, dont ils se composent, ont atteint leur complet développement normal. Ici, il y a lieu d'insister sur un fait important, c'est que *les centres d'innervation volontaire et les centres d'innervation réflexe d'un même muscle* sont différents (1). D'après cela, le résultat synthétique précédent ne contribue à la formation de la personnalité, du sentiment de l'individualité, de la pensée consciente, qu'en passant par un autre lieu ou par un agencement particulier en relation avec le groupement des impressions venues du dehors, en un mot en passant par un centre spécial (2), siège de l'effort capable de faire affirmer le *non-moi* et de modifier les *actions inhibitrices* et les *actions dynamogènes*.

La puissance de ce centre spécial est subordonnée au degré d'évolution des centres nerveux, où il faut faire la part de l'activité cellulaire propre et des neurofibrilles élaborés par le protoplasma nerveux. Quel que soit le rôle qu'on fasse jouer à la structure de la *substance chromatique*, dont nous devons la connaissance précise à Franz Nissl, cette puissance, de même que la production et la distribution de l'influx nerveux, varie avec les changements de la nutrition, avec les altérations de composition du milieu interne et du milieu externe, sous l'influence des intoxications et des infections, en suivant d'ailleurs les neurones dans la marche que leur imprime la vie. La constitution et l'état de la cellule nerveuse résument les conditions essentielles

(1) Jules Soury. *Système nerveux central, structure et fonctions*, 1899, p. 134.

(2) Ch. Richet. *Essai de psychologie générale*, 1901, p. 136.

du travail supplémentaire ou complémentatre, auquel se livre la conscience qui, elle, ne se maintient que par un changement incessant.

La lésion de l'écorce du cerveau n'altère la conscience qu'autant que, par son extension, elle atteint ce centre, à l'aide d'une synergie ou d'un retentissement organique particulier, direct ou indirect, qui y détermine une altération plus ou moins durable ou même une altération qui parfois semble prédominer celle de l'écorce.

Luis a localisé ce centre dans les couches optiques, Flechsig (1) le place au centre de toute l'organisation corticale, autour de la *fourche centrale*, en le dénommant *sphère de la sensation du corps*, et le considère comme le support principal de la conscience à travers l'existence, et même la seule sphère absolument indispensable pour le développement intellectuel. Toutefois, en émettant cette opinion (en 1898), il avait soin de dire dans une note spéciale que : *en n'admettant pas l'hypothèse de Luis, quand on l'envisage au point de vue anatomique, il reconnaît qu'on ne sait pas encore quelles voies conduisent les excitations affectives depuis l'écorce jusqu'à la couche optique*. Ed. Hitzig et Th. Meynert accordent que l'intelligence, le trésor des idées (*Vorstellungen*), doit être cherché dans toutes les parties de l'écorce, ou plutôt dans toutes les parties du cerveau. Mais ils sont d'avis que la pensée abstraite exige nécessairement des organes particuliers, et ces organes, ils les cherchent dans le cerveau frontal. Parmi les physiologistes qui ne localisent pas ce centre, mais croient que les *neurones psychiques* sont disséminés sur toute la surface du cerveau, il y a lieu de mentionner ceux qui séparent ces neurones de ceux qui appartiennent aux sphères sensorio-motrices. Dans les relations entre ces deux catégories de sphères pourraient se produire certains troubles, tels que ceux qui ont été désignés du nom de *parakinésiques*.

Quoi qu'il en soit, toutes les parties du cerveau, y compris le cervelet, contribuent à l'élaboration des

(1) Paul Flechsig. *Etudes sur le cerveau*, trad. L. Lévi, 1898, p. 180 et suiv., et note 21, p. 194.

phénomènes psychiques et, à ce propos, il convient de faire remarquer que le système nerveux de l'homme est particulièrement caractérisé par son extraordinaire centralisation.

Au fur et à mesure que les procédés d'examen des éléments corporels se perfectionnent, l'embryologie et l'anatomie pathologique, la physiologie, la clinique, la psychologie, paraissent fournir des arguments en faveur de l'existence d'un territoire psychique qui est le reflet de l'activité cérébrale, territoire où, par suite de la concentration des éléments organiques d'association, se forme, en une sorte de réseau connectif, un lien anatomique incontestable pour l'union fonctionnelle des actes de la vie intellectuelle et la constitution des rapports fondamentaux nécessaires à notre *unité substantielle*. Ainsi s'établit la direction de nos mouvements volontaires, l'énergie dominatrice des expressions physiologiques qui caractérisent notre individualité, dans un centre conventionnel O, que le professeur Grasset (1), sans lui attribuer aucune localisation, distingue de ce qu'il appelle le *psychisme inférieur*.

Il est essentiel de signaler la différence d'innervation des centres mimiques *oculaire* et *buccal*. Mais déjà dans le premier, il importe de rappeler que les muscles du globe de l'œil ne sont point sous la dépendance du nerf facial, qui, lui, régit plus particulièrement la motilité musculaire faciale et qui, pour ce motif, a été nommé le nerf de la physionomie, quoiqu'il n'en soit pas le nerf exclusif (2). Avec tous les muscles superficiels de la face interviennent dans la fonction mimique ceux qui meuvent les yeux et la tête. Ces muscles du globe ocu-

(1) J. Grasset. *Le psychisme inférieur*, 1906.

(2) Je me borne à mentionner sans discussion que, selon Camper, la tristesse agirait sur la cinquième paire de nerfs (trijumeau), et la joie sur la septième (facial). — V. aussi Sarlandière. *Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science*, 1840, p. 82 et suiv. D'après cet auteur, le facial n'exécuterait que les grands mouvements de la face et les contractions volontaires, tandis que du trijumeau dépendraient les expressions délicates, les plus fines *corrugations* de la peau suscitées par les passions de l'âme trop faibles pour provoquer le rire, les pleurs et autres violentes grimaces.

laire sont soumis à des nerfs propres (nerf moteur oculaire commun, nerf pathétique, nerf moteur oculaire externe). C'est ce qui explique pourquoi les muscles oculaires entrent en jeu si souvent et si facilement, sans que les autres muscles de la face en soient impressionnés. De la sorte, le regard a son expression, quand la volonté rend les traits immobiles.

La sensibilité générale de l'œil est tributaire du trijumeau. Mais, en outre, le grand sympathique contribue aussi à l'expression de la face. L'excitation du bout central du tronc sympathique cervical fait saillir le globe oculaire et resserrer les vaisseaux cutanés de la face, tandis que la section de ce nerf provoque la dilatation des vaisseaux, la rétraction du globe de l'œil et même des troubles trophiques des muscles palpébraux supérieur et inférieur. Le rôle du trijumeau dans la vie de nutrition et l'action vaso-motrice du sympathique ne sauraient être perdus de vue.

Th. Piderit (1), qui a étudié avec beaucoup de soin les expressions des yeux, nous fait savoir que J. Muller, dans sa physiologie comparée de la vision, explique la différence du regard par la différence de localisation du point de convergence des axes visuels. Pour cette raison, l'observation des ondulations ou de la fixité du regard a une très grande importance, parce qu'elles caractérisent plus ou moins certains sentiments.

Le nerf facial se divise en deux branches qui ont chacune un centre cortical distinct. Ainsi le nerf facial supérieur est à certains points de vue un nerf différent du nerf facial inférieur. Il aurait même un double centre d'innervation : 1° un centre postérieur (centre sensitivo-moteur rétro-rolandique, vers le pli courbe); 2° un centre rolandique (centre sensitivo-moteur péri-rolandique, en bas de la région rolandique, en contiguïté avec celui du facial inférieur). Le facial inférieur n'aurait qu'un centre sensitivo-moteur. De ces centres corticaux, les fibres du facial semblent, à travers le centre ovale, se rendre en grande partie à la couche optique, qui serait leur intermédiaire. Une portion de ces fibres par un

(1) Ch. Piderit. *La mimique et la physiognomonie*, traduit 1888, p. 48 et suiv.

faisceau spécial se rendrait dans le segment antérieur de la capsule interne, se jetterait dans la conche optique et de là descendrait vers le mésocéphale. L'autre portion, par le faisceau géniculé et la partie antérieure du segment postérieur de la capsule interne, éviterait la conche optique et irait vers le mésocéphale. De cette façon, ces deux portions se trouvent séparées dans la région opto-striée et dans la couronne rayonnante.

Tandis qu'une partie du centre cortical de la branche supérieure a une activité fonctionnelle bilatérale, le centre cortical de la branche inférieure posséderait surtout une activité fonctionnelle unilatérale. Comme confirmation de ce fait important, je ne puis m'empêcher de traduire ici un passage du mémoire cité de Sikorsky (1), relatif à des expériences tentées par ce physiologiste et présentant un réel intérêt :

« Pendant que je m'occupais, il y a quelques années, de l'étude de la mimique, j'essayai sur moi-même le contrôle du jeu des contractions musculaires faciales susceptibles d'être sollicitées par la volonté. Après de nombreux efforts, j'acquis enfin la puissance de contracter la plus grande partie des muscles du visage, séparément les uns des autres et même du muscle *orbitalis inferior*, lequel, d'après Duchenne, de Boulogne, ne dépendrait pas de la volonté. Déjà, au commencement de l'épreuve, j'ai trouvé qu'il était plus aisé d'agir sur les muscles de la moitié gauche de la face que sur ceux de la moitié droite (je dois faire remarquer que je ne suis pas gaucher). Enfin, je parvins à faire contracter séparément les uns des autres, les muscles du côté gauche du visage, pendant que ceux du côté droit restaient dans un repos parfait. Je n'ai pas réussi à faire l'inverse. J'interrompis les épreuves relatives à cette recherche, pendant deux années. Je fus tout à fait surpris, en renouvelant mes épreuves des années antérieures, d'être capable de contracter les muscles du côté droit du visage aussi facilement que ceux du côté gauche. Donc, dans l'espace deux ans, s'était spontanément

(1) P. Sikorsky, de Kiew. *Die Bedeutung der Mimik für die Diagnose des Irreseins*, 1887.

« réalisée la possibilité de soumettre à la volonté les
 « muscles du côté droit, et cela tout à fait séparément.
 « les uns des autres. Aujourd'hui je puis contracter les
 « muscles en suivant n'importe quel ordre; ainsi pour
 « effectuer un sourire, je contracte d'abord le muscle
 « *orbitalis inferior* et ensuite le muscle *zygomaticus*
 « *major*, ou inversement.

« Mais la contraction partielle des muscles de la face
 « n'est possible que pour chaque côté séparément. Elle
 « est impossible simultanément pour les deux côtés.

« Le cas est tout à fait différent pour la musculature
 « du front; les muscles des deux moitiés du front se
 « contractent simultanément et symétriquement, de
 « sorte que les deux muscles homonymes du front se
 « réunissent en même temps, tandis que deux muscles
 « homonymes de la face se contractent toujours sépa-
 « rément. Cela s'accorde avec les faits produits précé-
 « demment dans cette étude et l'indépendance qui
 « existe entre les muscles de la face et les muscles du
 « front.

« Si je réunis les muscles du visage pour obtenir une
 « combinaison mimique quelconque, je ne m'aperçois
 « d'aucune excitation émotionnelle, de telle sorte que
 « cette mimique, dans le sens complet du mot, me pa-
 « raît artificielle, quoique, sous le rapport expressif,
 « elle soit de nature irréprochable. »

Ainsi que je l'ai déjà dit à propos de la reproduction
 de la physionomie à l'aide de la photographie, l'affai-
 blissement de l'innervation des muscles faciaux aux-
 quels se rendent les rameaux du facial inférieur donne
 au visage une forme particulière.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur ces dé-
 tails anatomiques et physiologiques fondamentaux, qui
 ont pour but de démontrer comment peut s'opérer la
 désharmonie faciale dans certains cas d'irritabilité patho-
 logique. C'est cette disposition des éléments constitutifs
 des centres mimiques *oculaire* et *buccal* qui permet
 d'expliquer la part que j'attribue à l'œil dans le syn-
 drome physionomique qui caractérise l'*état de folie*. La
 médecine légale ne saurait les oublier, quand il s'agit de
 la simulation et même de la dissimulation.

« Le regard des fous a toujours quelque chose de spé-

cial », nous dit Morselli (1), en ajoutant : « Ce que croient et savent aussi les profanes » et Krafft-Ebing (1), étudiant la marche de la folie, signale que « la transformation de l'état psychique se traduit de bonne heure « par des changements dans l'expression des yeux, de « la physionomie et de l'attitude ».

Les peintres qui se sont appliqués à reproduire des figures de fous ont localisé dans le regard la caractéristique de la folie. J'ai déjà cité le peintre anglais William Hogarth, dont A. Tebaldi nous décrit un des tableaux les plus réputés. Cet auteur nous signale aussi le tableau de Kaulbach (*Narrenhaus*), qui reproduit une scène de la vie des fous dans l'intérieur du manicomie de Monaco. Sikorsky en parle aussi de la façon la plus élogieuse, en faisant remarquer le talent avec lequel ce peintre distingué avait rendu les physionomies d'aliénés. Tebaldi a aussi appelé l'attention sur le beau tableau de T. Robert-Fleury, où l'on voit l'illustre Pinel, à l'intérieur d'une cour de la Salpêtrière, ordonnant d'enlever les liens qui serraient les flancs, les pouces et les pieds des fous. Enfin, je ne dois pas oublier le célèbre tableau de la *Démence*, de Wiertz, qui occupe une place méritée, au milieu d'autres peintures remarquables renfermées dans le musée qui, à Bruxelles, porte le nom du peintre belge.

Je borne là une énumération qu'il eût été facile de rendre plus complète, mais qui me paraît suffire pour montrer que l'art du peintre a su faire ressortir exactement l'expression physionomique de l'aliéné.

Dans l'analyse du livre de M. Ed. Cuyer, j'ai précédemment (page 430 du tome II, année 1905, *Annales médico-psychologiques*) reproduit le passage où cet auteur signale l'élévation de la paupière supérieure comme fournissant l'expression de la folie, et cela par suite de l'exagération de l'étendue de l'ouverture palpébrale, qui met le blanc de la sclérotique à découvert, au-dessus de la cornée. Cette manière de voir ne saurait être acceptée sans restrictions.

(1) E. Morselli. *Loc. cit.*, § 84, examen particulier de la physionomie.

(2) Krafft-Ebing. *Loc. cit.*, p. 248.

Tout d'abord, il importe de différencier le regard du *délirant non vésanique*. Dans celui-ci, l'éclat et la vivacité traduisent un désordre intellectuel qui envahit d'emblée, d'une façon presque toujours générale, les idées, les sentiments et les actes. En traitant du délire (1), de telle sorte qu'aucun clinicien, avant eux, ne l'avait fait d'une façon aussi complète et aussi approfondie, MM. Ball et Ant. Ritti ont décrit ces caractères avec un véritable talent d'observation.

Le *délire vésanique*, en dehors de l'excitation extrême qui a tant de rapports avec le délire non vésanique, doit être considéré comme survivant à toute manifestation fébrile et coïncidant avec une certaine validité physique. Il faut ensuite tenir compte non seulement des formes, mais encore des périodes de la folie.

Il est facile de constater que le regard, par l'effet de la saillie du globe de l'œil, quand celle-ci est modérée, exprime tantôt un appel à l'attention, tantôt la surprise ou l'étonnement, et même l'égarement. A un degré plus marqué, cette expression s'empreint d'un certain effarouchement qui accompagne les degrés successifs de la crainte jusqu'à l'angoisse de la terreur, ou bien d'une certaine sauvagerie caractérisant les accès de colère et la fureur. Au travers de l'écartement excessif des paupières, semble alors apparaître plus ou moins de confusion ou d'inconscience. Chez l'homme sain d'esprit, l'extériorisation, exagérée supérieurement, de la sclérotique ne se produit qu'exceptionnellement, dans des états émotionnels ou passionnels, dont on fait facilement la part. Elle paraît appartenir plus spécialement à la catégorie d'individus que nous désignons du nom d'*émotifs*. Mais, de même que les sentiments qu'elle traduit, sa durée est subordonnée à la durée de la tension qu'ils provoquent.

Dans la maladie de Graves, par suite de l'élévation de la paupière supérieure et de la dilatation palpébrale inférieure, dilatation paraissant passivement résulter d'une certaine gêne dans la propulsion du globe oculaire, par l'effet d'une paralysie des vaso-moteurs, l'extériori-

(1) Ball et Ritti. Art. « Délire » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

sation de ce globe coïncide avec un regard plus ou moins immobile et dirigé en bas. Il en naît une manifestation expressive quelque peu choquante ou pénible pour l'observateur, et ayant un caractère tout particulier, qui a reçu le nom de *symptôme de Græfe*.

La propulsion du globe oculaire, alors qu'existe une ophtalmoplégie plus ou moins partielle, se rencontre dans diverses affections nerveuses de cause différente, notamment dans l'hystérie, où certaine mobilité strabique est aussi un symptôme variable et transitoire. (Il serait intéressant de rechercher les différences du strabisme dans l'hystérie et dans l'épilepsie.)

Chez l'aliéné, l'étrangeté du regard fourni par cette exhibition du globe oculaire doit sa caractéristique au mode de constitution du mouvement associé qui en résulte. Celui-ci n'est pas borné à la prédominance de l'élévation de la paupière supérieure avec dilatation exagérée de l'ouverture palpébrale ; mais il provient de l'action complexe que, sur les tissus contractiles du centre mimique oculaire, exerce l'influence du voisinage immédiat des éléments intracrâniens, dont la concentration élabore l'activité psychique et son expression extérieure. De là, un *contour mimique à cachet spécial*, avec saillie plus ou moins marquée du globe oculaire, par suite de la dilatation des vaisseaux, et principalement des veines orbitaires, lésion morbide qui dénonce la maladie cérébrale. C'est ainsi que participent à la production de cette étrangeté certains linéaments, qui partent du contour oculaire, en se perdant dans les grandes lignes de la manifestation faciale (1). Le contour mimique à cachet spécial manque absolument dans la maladie de Graves.

Si, dans un certain nombre de cas, avec une animation agressive ou avec l'expression plus ou moins manifeste de la crainte ou de l'effroi, le regard a des tendances projectives excessivement accusées, laissant

(1) Comparant l'expression du regard dans la folie furieuse et dans la folie calme, Schack constate que « l'iris, prenant une position à peu près identique, les parties environnantes seules « diffèrent dans leurs dispositions ». Cette différence se traduit sur le pourtour de l'œil. S. Schack (*loco citato*, pages 91 et 92).

voir la sclérotique au-dessus de la cornée, dans bien d'autres cas, tout en saillissant, le globe oculaire n'atteint pas le degré que je viens d'indiquer ; le blanc de l'œil apparaît largement à découvert au-dessous de la cornée ou sur ses côtés. La saillie s'allie alors soit à cet assemblage de rides, caractéristiques dans les formes lypémaniques, que Schüle (1) a nommé *oméga mélancolique*, soit à une concentration particulière des traits répondant à certains pouvoirs latents d'inhibition. La saillie du globe oculaire semble parfois donner au regard une apparence de fixité et parfois présenter une mobilité extrême. Mais d'autres fois le regard peut être voilé, languissant, résigné, craintif et sournois, les traits se détendant ou se contractant par intervalles. Tandis que l'élévation de la paupière supérieure avec agrandissement excessif du contour palpébral se rencontre surtout dans l'excitation épileptique, dans l'exaltation maniaque, lors de l'obsession tyrannique d'une ou plusieurs idées, cette extériorisation cède le pas à un rayonnement transperçant et tenace, au milieu d'une concentration musculaire plus ou moins disparate. Dans d'autres cas, le vague des yeux s'adjoint l'affaissement des traits de la face. Dans la confusion mentale, l'*éclair du regard* donne le signal du réveil de l'activité psychique, suivi progressivement du sourire des lèvres, puis du mouvement du visage (2).

Je ne poursuivrai pas l'étude de ce symptôme dans les différentes formes vésaniques. Toutefois je dois ajouter que, tant que la folie subsiste, quelles que soient les apparences de guérison, on remarque un éclat extraordinaire des yeux et certaine saillie du globe oculaire, avec le caractère physionomique spécial que j'attribue à l'*état de folie*, caractère que déjà Haslam (3) signalait, en 1798, mais considérait comme *impossible à décrire*. Enfin, « chez un *individu guéri*, il y a je ne sais quel « bien-être, qui règne dans toute sa personne et parti-

(1) H. Schüle. *Loc. cit.*, p. 21.

(2) E. Régis. *Précis de psychiatrie*, 3^e édition, 1906, p. 290.

(3) John Haslam. *De Bedlam et des observations qui y ont été recueillies*. 1798, dans *Fragments et notes*, par Moreau (de la Sarthe), 1814.

« culièrement dans les traits, qui se traduit dans les yeux, dans le regard (1) ».

En définitive, l'élévation de la paupière supérieure exécutée d'une façon énergique, avec forte dilatation de l'ouverture palpébrale, de telle sorte que, le globe oculaire étant largement à découvert, le blanc de l'œil devient plus ou moins visible au-dessus de la cornée (caractères que nous a indiqués M. Ed. Cuyet), fournit une expression qui ne saurait être considérée comme étant exactement *celle de la folie*.

Luys désigne du nom d'*éréthisme* l'impulsion, tant morbide que normale, génératrice de l'expression physionomique qui, dans le premier cas, est pathologique. C'est cette impulsion morbide qui donne lieu à des dégagements d'énergie spécifique et détermine la caractéristique du syndrome physionomique de l'*état de folie*.

Cet éréthisme n'est ni absolument continu ni constamment égal. S'il paraît avoir une certaine ténacité dans les accès d'exaspération et de fureur, même dans ces accès il y a des variations de degré de l'excitabilité de l'organe nerveux cérébral. J'en ai dit quelques mots (p. 64). Cet éréthisme présente des oscillations, tout en subissant une diminution progressive, en rapport avec la décroissance de la maladie. Je laisse de côté les rémissions et les intervalles résultant de l'intermittence dans les formes alternantes ou périodiques. Le syndrome physionomique de la folie y disparaît plus ou moins. Dans les formes chroniques secondaires, formes incurables, les mouvements musculaires faciaux ont acquis une habitude de repos désharmonique, qui traduit la désagrégation mentale. Elle se manifeste par l'affaissement de certains muscles et par la présence de rides, qui demeurent comme autant de souvenirs des perturbations orageuses ressenties par l'organisme. Puis cette désharmonie s'accroît à chaque nouvel orage jusqu'à ce que le marasme physionomique, reflet du marasme psychique, devienne le terme des incitations et des anesthésies successives de la morbidité mentale.

(1) J. Guislain. *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1852, t. I, p. 21.

IV

M. Paul Farabeuf (1), bien plus préoccupé de prendre à partie ma conclusion et les arguments dont je me suis servi pour la démontrer, que de se pénétrer de la réalité de signes énoncés depuis longtemps par de profonds et judicieux observateurs, commence le chapitre III de sa thèse, intitulé : *Physionomie des aliénés*, par reprocher au professeur Pierret d'admettre, comme tous les aliénistes expérimentés, que la physionomie de l'aliéné diffère de celle de l'homme sain d'esprit.

« La différence des deux états mentaux réside tout
« entière dans le sentiment et non dans l'expression du
« sentiment. » Tel est le grand argument qui sert de
fondement à la polémique de notre jeune confrère, dont
la conclusion est ensuite : « Quand une physionomie
« définie, dont les différents caractères ne sont pas en
« harmonie, n'est pas en concordance avec le sentiment
« correspondant, il y a lieu de conclure à la simulation
« ou à la dissimulation. »

L'expression physionomique n'est-elle pas la traduction de l'état mental ?

Le mot sentiment, dont M. Farabeuf paraît se servir avec quelque peu d'engonement, exprime, pour moi, un acte psychique qui est subordonné à l'état du système nerveux. L'extériorisation ou manifestation physionomique de ce sentiment est absolument en rapport, non seulement avec cet état du système nerveux qui constitue la folie, mais encore avec l'état des éléments conducteurs de la diffusion sentimentale. Tous les médecins aliénistes sont d'accord pour reconnaître la désharmonie qui se manifeste, d'une façon plus ou moins évidente, suivant les cas, entre les centres d'action mimique que j'ai mentionnés dans ma conclusion. Georges Dupuis, dans la thèse citée précédemment, conclut d'après les leçons de son maître, le professeur Pierret : « Un des
« caractères de l'aliénation mentale est de détruire la
« bonne harmonie qui doit régner entre les muscles de
« la face ; le propre de la folie est de créer des physio-

(1) Paul Farabeuf. Thèse citée.

« nomies discordantes. » Féré (1), qui, certes, a une compétence qu'on ne saurait contester, écrit que : « La
 « marque de l'aliénation mentale a pour caractère l'in-
 « cohérence de l'expression qui ne *correspond jamais à*
 « *l'expression franche* d'une émotion normale. » Ce fait a frappé tous les observateurs. Sikorsky n'a pas manqué de le mentionner. Féré ajoute : « De ce que
 « les aliénés réagissent normalement à des hallucina-
 « tions, c'est-à-dire à des représentations d'excitations
 « externes, Farabeuf conclut, *sans preuves suffisantes*,
 « à la constance de l'expression concordante et à la
 « simulation dans les cas d'expression discordante. »

Legrand du Saulle (2), sur l'opinion de qui s'appuie l'auteur de la dissertation inaugurale, se trompe quand il prétend que « selon la nature des idées délirantes qui
 « troublent la raison de l'aliéné, la terreur ou la joie se
 « peignent sur la physionomie du malade *avec la même*
 « *netteté, la même harmonie* que chez un individu
 « sain ». Le regretté médecin de Bicêtre, en écrivant ainsi, s'est mis en contradiction avec les principes mêmes qu'il soutient, qu'il cite quelques pages auparavant, à propos du diagnostic médico-légal de la folie, principe qu'il emprunte à un de ses maîtres, le Dr Calmeil (3), et que je crois opportun de reproduire : « On juge
 « qu'un homme est aliéné à *l'expression de ses traits*,
 « *de son regard, de sa physionomie*, de ses poses, de
 « son maintien, de son vêtement, à sa démarche, à ses
 « gestes, à ses tics, à son rire, à ses cris, à ses chants,
 « à ses lamentations, à son activité, à son immobilité,
 « à la nature de ses projets, à l'obstination de son
 « silence. »

Jamais je n'ai prétendu que le sentiment employât, pour se traduire chez l'aliéné, des voies ou fibres musculaires autres que celles qui sont appropriées à ce sentiment chez l'individu sain d'esprit, ou que la figure de l'aliéné exprimât un désordre survenant au hasard,

(1) Ch. Féré. Séméiologie de l'aliénation mentale, dans le *Traité de pathologie générale de Bouehard*.

(2) Legrand du Saulle. *Traité de médecine légale*, p. 728 et 730.

(3) Calmeil. *De la folie considérée au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 1845, t. I, p. 66.

comme un chaos. L'excitation générale ou partielle modifie la diffusion de telle sorte que, chez l'aliéné, un sentiment possède, parmi les traits caractéristiques de l'état normal, dans l'un ou l'autre de ces traits, quelque chose d'exagéré ou d'amoindri, qui n'empêche pas de reconnaître les traits fondamentaux de ce sentiment, à moins que, par suite de lésions plus ou moins complexes, il ne se produise ce que j'ai mentionné précédemment sous le nom d'*expressions mixtes*.

En outre, l'expression provenant de l'état morbide se trouve inscrite dans un ensemble antérieur, qui s'était adapté progressivement aux éléments morphologiques primitifs, pour constituer l'unité harmonique spéciale à l'individu. La nouvelle expression forme avec l'ensemble antérieur un contraste plus ou moins prononcé. Th. Meynert (1) fait remarquer que, dans la physionomie, tout n'est pas absolument du domaine du facial, mais qu'une part résulte d'une fonction du système musculaire total. En définitive, il s'agit tout spécialement, non seulement des manifestations faciales que chaque sentiment engendre, mais encore surtout de la façon dont apparaissent à l'œil de l'observateur ces manifestations faciales, par suite de l'état mental, par suite de l'impulsion morbide qui dirige ces sentiments. Le mode de groupement de ces manifestations avec d'autres manifestations faciales antérieures, ou les résidus de ces manifestations, dénonce la manière d'être de la personnalité.

Damerow (2) nous indique avec raison que le jeu du visage, reposant sur l'expansion, la contraction, l'oscillation de chacun des éléments faciaux et sur l'union des différents mouvements de ces éléments, peut être comparé à ce qu'on observe pour la musique qui établit ses variations innombrables sur un petit nombre d'accords fondamentaux.

J'ai cru devoir citer, dans mon mémoire, la recommandation que le savant spécialiste allemand faisait aux médecins aliénistes d'interroger les parents sur l'*expres-*

(1) Th. Meynert. *Loc. cit.*, p. 211.

(2) Damerow. *Loc. cit.*, p. 392.

sion physionomique et mimique, quand ils veulent statuer sur une guérison définitive qui ne leur paraît pas encore entièrement dessinée. Paul Farabeuf tient absolument à laisser comprendre que l'auteur allemand interprétait de la même façon que lui. Or, Damerow se sert bien des mots : *physiognomische und mimische Ausdruck*, sans faire intervenir le terme sentiment (*Gefühl*), tant il attache d'importance à cette expression physionomique, qu'il sait correspondre à ce qui se passe à l'intérieur.

Antérieurement à ce passage, le professeur de psychiatrie à l'Université de Halle appelle l'attention sur les modifications physionomiques et mimiques qui traduisent les transitions ou transformations observées dans les délires.

Enfin, je crois devoir ajouter que, dans la simulation ou la dissimulation, la *désharmonie* (le défaut de concordance) n'a pas le même caractère. Elle ne présente pas l'expression qui se rattache à l'*état de la folie*, et que Sikorsky, lui aussi, a signalée comme suivant la marche de la maladie mentale.

Quand on a l'habitude d'observer des aliénés, outre le caractère de duplicité, que Gratiolet a très exactement décrit et désigné du nom d'*expression double de la physionomie* (1), on remarque chez le simulateur quelque chose de factice, qui choque et contredit plus ou moins bizarrement la synopsis inhérente à chaque forme psycho-morbide. D'ailleurs, dans les observations qu'il cite, Farabeuf constate lui-même des modifications caractéristiques de la simulation, n'ayant rien de commun avec l'expression de la folie, qui, elle, si elle a pu être modifiée momentanément, sous une influence suffisante quelconque, ne tarde pas à reparaitre.

Je n'insisterai pas davantage sur les témoignages d'un parti pris, fondé sur une erreur ; et je clorai la réfutation qu'il m'a paru utile de développer, à l'aide des considérations exposées dans cette revue critique, par les conclusions suivantes :

En même temps qu'ils concourent à des fonctions

(1) P. Gratiolet. *Loc. cit.*, p. 64.

vitales, dont ils sont les interprètes inconscients, les organes mobiles du visage, *pour répondre au principe d'utilité individuelle et sociale*, servent, par suite de la loi du symbolisme, si bien exposée par Gratiolet, à former des phénomènes expressifs dont la cause réelle est une sensation interne.

C'est ainsi que, résultat des perceptions et des idées, issues de sensations douloureuses ou agréables, et mises en relations réciproques avec des éléments plus ou moins conscients, dans un milieu organique où s'effectuent des actions et des mouvements, l'*expression syndromique de l'état de folie* se réfléchit à l'extérieur, en présentant quelque chose de caractéristique, au travers des traits variés fournis par l'exaltation ou la dépression, par l'acuité ou la chronicité.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1905

Présidence de M. Ch. VALLON.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. José Ingenieros, de Buenos-Aires, membre associé étranger; Mitivié, membre honoraire; Doutrebente, Gimbal, Giraud, Juquelier, Lapointe, Marchand, Marie, Piéron, Rayneau, Trenel, Vernet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique relative au 44^e Congrès des Sociétés savantes qui s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 17 avril 1906;

2° Une lettre de M. Lwoff, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire;

3° Une lettre de M. Chardon, médecin-directeur de l'asile d'Armentières, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Blin, Joffroy et Dupain, rapporteur;

4° Une lettre de M. Lagriffe, médecin-adjoint de l'asile de Quimper, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Christian et Lwoff, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur le crâne d'un mathématicien*, par M. Möbius;

2° *Sur la confusion du langage et Sur la démence précoce*, par M. Erwin Strausky;

3° *Sur le psammome de la dure-mère*, par M. Giovanni Esposito ;

4° *Le subjectivisme et le déséquilibre dans l'idéation géniale et La psychologie du caractère*, par M. Francesco del Greco ;

5° Un fascicule des travaux de la Faculté de médecine de l'Université de Tokio (Japon) ;

6° *Revue de l'hypnotisme*, numéros d'août et septembre ;

7° *Journal l'Alcool*, numéros d'août, septembre et octobre ;

8° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros d'août, de septembre et d'octobre ;

9° *Le Droit médical*, numéro d'octobre.

Mort de MM. Sibbald, Van Andel et Buffet.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, depuis notre dernière réunion, nous avons perdu trois de nos membres associés étrangers :

M. le D^r Sibbald (sir John), d'Edimbourg, commissionner in Lunacy pour l'Ecosse, qui était des nôtres depuis de nombreuses années ;

M. le D^r Van Andel, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande, membre de la Société depuis le 27 octobre 1879 ;

M. le D^r Buffet (Adolphe), médecin-directeur honoraire de la maison de santé d'Ettelbrück (grand-duché du Luxembourg).

J'envoie à leurs familles l'expression de nos vifs regrets.

A propos du délire infectieux

par M. LUCIEN PICQUÉ.

Permettez-moi, en prenant pour la première fois la parole devant vous, de vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'ouvrant les portes de votre compagnie.

J'y vois, avant tout, de la part de collègues, dont

quelques-uns sont pour moi des amis de vieille date, un acte d'aimable courtoisie auquel je suis très sensible. J'y trouve encore un encouragement réel aux études que je poursuis près de vous, depuis bien longtemps.

Grâce à vos patients efforts, les asiles d'aliénés se trouvent entre vos mains transformés en hôpitaux de traitement où vous vous efforcez de faire bénéficier vos malades de toutes les ressources de la clinique et du laboratoire.

En me confiant depuis de longues années vos malades, en m'appelant aujourd'hui au milieu de vous, n'avez-vous pas voulu reconnaître que la chirurgie peut favoriser vos efforts et peut-être même, comme Esquirol l'avait antrefois pressenti, exercer une influence utile en supprimant chez vos malades « les causes physiques susceptibles de réagir sur le moral » ?

Pour ma part, je ne puis qu'être très heureux que vous ayez bien voulu resserrer davantage les liens scientifiques qui nous unissaient déjà.

Je pourrai peut-être plus efficacement encore collaborer à votre œuvre, en puisant dans votre société des notions précieuses.

Dans une communication récente, M. Roy, envisageant devant vous le résultat d'une intervention chirurgicale, a touché à une des questions dont je me suis particulièrement occupé : aussi m'excuserez-vous de prendre dès aujourd'hui part à vos discussions.

De l'observation même qui vous a été présentée, je ne dirai rien. Des réserves ont été formulées auxquelles pour ma part je n'ai rien à ajouter.

Je voudrais seulement répondre en peu de mots à notre collègue Arnand qui, visant le côté théorique de la question posée par M. Roy, s'est demandé si un accès délirant est susceptible de disparaître avec la guérison d'un trouble somatique.

Si j'ai bien compris le sens de l'observation qu'il a faite, notre collègue soulève le problème si délicat de l'origine infectieuse du délire.

Un accès de délire peut-il disparaître en même temps qu'un foyer infectieux périphérique ? Si oui, n'est-ce pas admettre l'origine infectieuse de certains délires et cette origine est-elle recevable ?

Messieurs, depuis l'époque déjà lointaine où j'ai commencé à opérer les aliénés, je me suis promis de me tenir éloigné de toute question doctrinale, et de rester exclusivement chirurgien. En vous reportant à mes travaux antérieurs, vous pourrez vous assurer que je ne me suis jamais départi de cette ligne de conduite et que chez tous les malades qui m'ont été confiés, je n'ai jamais recherché que l'indication chirurgicale ordinaire.

Si donc aujourd'hui j'aborde devant vous les rapports qui peuvent exister entre l'infection et le délire, c'est que j'ai eu bien souvent l'occasion d'observer avec mes collègues des asiles la disparition rapide d'accès délirants à la suite d'interventions pratiquées sur des foyers infectieux et que j'ai été amené ainsi à penser que le délire pouvait, dans certains cas, provenir de l'infection et que chez l'aliéné il était dès lors indispensable de faire disparaître par la chirurgie tout foyer infectieux.

Je tiens encore à répéter que sur ce terrain je n'ai eu à m'éloigner des règles que j'ai imposées jadis à la chirurgie des aliénés, puisque la présence d'un foyer infectieux constitue une indication opératoire légitime et qu'ainsi que je l'ai dit depuis longtemps, et M. Arnaud l'a reconnu lui-même, tout le monde à l'heure actuelle est d'accord sur l'utilité d'opérer les aliénés comme des malades ordinaires, leur état mental ne pouvant, dans ces conditions du moins, constituer une contre-indication.

L'origine infectieuse de certains délires est-elle légitime ? Telle est la question sur laquelle je voudrais attirer votre attention, sans cependant avoir la prétention de la résoudre devant vous.

Je pense tout d'abord que pour simplifier la question il convient de rejeter les suppurations péricraniennes et en particulier celles de l'oreille, et de n'envisager que les infections fébriles dont M. Roy s'est occupé ici.

L'infection avec fièvre peut-elle donc engendrer le délire ?

Ainsi délimitée, la question pourrait surprendre bien des médecins et des chirurgiens qui ont souvent l'occasion, au cours d'infections diverses, d'observer des délires transitoires qui disparaissent avec celles-ci. Nous savons tous que le délire intervient souvent à titre secondaire

dans le tableau symptomatique des septicémies médicales ou chirurgicales. Mais je laisse de côté les délires d'hôpital auxquels on n'a jamais refusé d'ailleurs la dénomination de délire infectieux, et je ne veux envisager devant vous que les cas que j'observe dans nos asiles et qui concernent des malades régulièrement internés sur des certificats de médecins aliénistes.

Or, ces délires d'asile sont-ils d'origine infectieuse comme les précédents?

Parmi les derniers, il en est une catégorie sur laquelle la lumière commence à se faire. Je veux parler de la folie puerpérale.

Beaucoup d'aliénistes soutiennent la doctrine infectieuse dans la folie puerpérale. A l'étranger, je n'ai qu'à vous rappeler les noms de Fraser et de Campbell Clarke en Angleterre, de Kramer et d'Olshausen en Allemagne, de Hansen à Copenhague. Faure en 1890, Lallier en 1892, Régis et Chevalier-Lavaur en 1893, ont surtout insisté en France sur l'origine infectieuse du délire puerpéral, et mon élève Privat de Fortunié a, l'an dernier, défendu les mêmes idées dans une thèse que vous avez couronnée.

Si cette doctrine n'est pas encore, il faut le reconnaître, universellement admise, on peut dire toutefois qu'à l'heure actuelle, il n'est plus permis de rejeter *a priori* toute relation entre l'infection aiguë et la production de troubles délirants, et je répète que je n'envisage ici que nos malades régulièrement internés.

Mais, en dehors de l'infection puerpérale, aucun effort n'a été tenté jusqu'ici.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer fréquemment dans les asiles des accès délirants d'assez longue durée pour motiver le maintien du malade à l'asile, accompagnés d'un état fébrile parfois peu accusé et qui disparaissaient rapidement à la suite d'opérations dirigées contre des foyers de suppuration siégeant au niveau des membres et des viscères. Un point sur lequel il me paraît important d'insister, c'est que dans tous ces cas le délire présente la forme de confusion mentale, semblable à celle que Furstner a décrite en 1877 chez les nouvelles accouchées et que nous pouvons considérer comme le type du délire infectieux.

Dans une communication que j'ai faite cette année même à la Société de chirurgie, j'ai cherché à établir que dans les suppurations spontanées ou traumatiques des membres, il pouvait se produire une forme de délire souvent confondue avec le délire alcoolique et qui revêtait ordinairement la forme de confusion mentale, ainsi qu'en témoignent les certificats d'entrée délivrés par les médecins aliénistes et qu'il suffisait de traiter chirurgicalement le foyer infectieux pour amener très rapidement la disparition du délire. Il en est de même de toutes les suppurations que j'ai eu l'occasion d'observer chez des malades d'asile, au niveau de la vésicule biliaire, de l'appendice et des organes génitaux de la femme.

Ainsi donc c'est le même délire, c'est la même possibilité de guérison après l'intervention chez les malades qui viennent d'accoucher où, comme je le répète, beaucoup d'aliénistes admettent le délire infectieux et aussi chez ceux atteints de suppuration des membres ou de suppurations viscérales.

Chez tous, on peut rencontrer la confusion mentale de Furstner; chez tous, on peut espérer la guérison rapide du délire après la suppression chirurgicale du foyer infectieux.

A ceux qui voudraient invoquer une coïncidence je rappellerai le chiffre notable de cas que j'ai eu l'occasion d'observer.

Ma statistique publiée dans mon troisième volume (1) contient vingt-deux cas d'infection périphérique et depuis lors j'ai observé de nouveaux faits que je publierai ultérieurement.

On a pu encore contre la corrélation que je vous signale invoquer des accès de délire antérieurs à l'infection, comme l'a fait M. Arnaud, et aussi les rechutes post-opératoires possibles, comme l'a indiqué M. Legrain.

Je crois, pour ma part, que ces rechutes ne sauraient amoindrir la valeur des résultats obtenus et leur interprétation quand les malades ont vu nettement disparaître le délire après l'intervention. Quelle que soit la cause d'un délire, celui-ci ne peut se produire que si le

(1) *Recueil de travaux L. Picqué*, Masson, 3^e volume.

malade y est prédisposé, que si son cerveau présente une aptitude au délire. Or, dans l'hypothèse actuelle, une infection périphérique a produit le délire, le malade est opéré et il guérit de son délire avec la suppression du foyer infectieux, il n'en conserve pas moins l'aptitude à délirer sous l'influence d'une nouvelle cause. Il a pu délirer avant, il pourra délirer après, et sous ce rapport, je ne puis admettre avec M. Roy que la chirurgie chez son malade a pu écarter toute possibilité de rechute.

Pardonnez-moi, Messieurs, cette digression car c'est à vous seuls qu'il appartient de jnger la question au point de vue doctrinal. Mon but unique a été d'attirer votre attention sur des faits de ma pratique, bien observés avec nos collègues des asiles au point de vue de la forme du délire et de sa disparition.

Je vous demande d'établir si ces faits, quoique observés à l'asile, ne sont pas du même ordre que ceux que nous observons à l'hôpital, et l'on comprend facilement l'intérêt qu'il y aurait au point de vue thérapeutique à être fixé sur cette question d'analogie.

Ce rôle de l'infection chirurgicale périphérique dans la pathogénie de certaines formes du délire serait intéressant à établir à l'époque où certains d'entre vous attribuent aux infections endogènes d'origine hépatique et rénale un rôle de plus en plus prépondérant en aliénation mentale.

Ce serait une contribution intéressante à votre thèse et qui permettrait d'élargir la doctrine de l'infection en psychiatrie, en établissant qu'à côté des infections endogènes il est permis désormais de réserver une place aux infections exogènes d'origine chirurgicale ou obstétricale.

Observation de démence précoce survenue chez un dégénéré avec autopsie et examen histologique,

par MM. LEGRAIN et VIGOUROUX.

Bus..., âgé de vingt-trois ans, jardinier, entré le 6 janvier 1904, à l'Asile de Ville-Evrard.

A son passage à l'infirmerie du Dépôt, il offre tous les signes d'un état aigu : demi-stupeur, hallucinations pénibles de la vue et de l'ouïe, il aperçoit des assassins, entend tirer des coups de

fusil. Insomnie, refus d'aliments, fièvre, fréquence du pouls.

Il arrive à Ville-Evrard douze jours après. Voici son état à ce moment :

Confusion générale : attitude absolument désorientée et craintive. C'est avec la plus grande peine qu'on parvient à en tirer quelques mots. Bien qu'en janvier, il affirme vaguement que c'est le 11 juin, n'indique pas le millésime de l'année, mais pourtant sait encore son nom, son âge et sa profession.

Cérébration très lente. Il ne semble pas saisir la contradiction qu'il y a entre le froid ambiant et la date de juin qu'il indique.

Amnésie. Ne paraît pas se souvenir de ses hallucinations récentes.

Il semble en proie à des préoccupations tristes, sans doute à des idées de culpabilité : « C'est la justice, dit-il, qui m'a amené ici. »

Négativisme très net. Par moments, attitudes franchement artificielles.

Quinze jours après, l'attitude passive, la dépression mélancolique persistent et confinent à la stupeur. Refus d'aliments. Attitudes stéréotypées par intervalles ; ainsi parfois, il se lève mécaniquement et, sans but, parcourt la salle, le tronc courbé, comme s'il ne pouvait marcher droit. Négativisme. Il ne parle que spontanément, mais ne répond jamais aux questions posées qu'il semble ne pas entendre. Gâtisme.

Le diagnostic de démence précoce est posé. Cette affection se développe manifestement chez un dégénéré.

Absence complète de renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires, mais le malade offre l'aspect d'un rabougri de naissance : petite taille, mine chiffonnée, poids du corps : 47 kilogrammes, sans qu'il y ait apparence d'amaigrissement morbide.

Le 5 février, on note : mouvements lents, passifs. Résistance automatique. Mutisme habituel, d'où il ne sort que pour pousser quelques cris incohérents. Inactivité cérébrale. Ne mange pas seul, mais ne refuse pas les aliments. Gâtisme. Sialorrhée abondante. Mydriase.

On peut dire que, depuis cette date jusqu'à la mort survenue le 12 août, le malade a présenté exactement le même tableau clinique, avec l'exagération et l'aggravation progressive des symptômes.

Stupidité absolue. Refus fréquent de manger, mais par simple automatisme, comme il se refusait à tout ce qu'on voulait de lui. Mutisme. Mydriase persistante.

La seule activité spontanée du malade, qui est resté alité depuis son entrée, a consisté dans des cris, des actes de vio-

lence contre ses voisins sur lesquels il lançait les objets à sa portée.

Mais son activité d'élection a été de souiller de ses matières lui-même, les murs, le parquet, les personnes de son entourage sur lesquelles il les lançait au passage avec une sorte de malin plaisir. Il en absorbait d'ailleurs une certaine quantité.

Dans son lit, son attitude était presque invariablement celle d'un individu couché en chien de fusil. Il opposait une vive résistance à tout changement de position que l'on provoquait.

Mais le symptôme cardinal de toute cette période finale a été une dénutrition progressive atteignant des proportions inusitées et constituant une véritable dystrophie généralisée.

C'est ainsi que le poids du corps a descendu successivement de 48 kilogrammes à 29 au moment de la mort (état squelettique).

Le malade s'est éteint dans le marasme sans avoir présenté des signes d'une affection splachnique quelconque (réserve faite pour la tuberculose non soupçonnée et que l'autopsie va révéler), en dehors d'une gangrène superficielle de la verge apparue trois jours avant la mort.

Autopsie. — Bien qu'il fût manifestement dégénéré, on ne pouvait s'attendre, en se basant sur les seules apparences, aux constatations nécroscopiques, qui révèlent un état de véritable infantilisme splachnique.

Les poumons donnent l'impression de poumons de nouveau-né : ils sont gros comme les deux poings.

A gauche, au sommet, petit foyer récent de tuberculose au centre duquel existe une petite caverne.

Foie petit, mais moins rabougri que les autres organes, très congestionné. Le poids n'a pas été relevé.

Rein : 70 grammes ; capsule non adhérente.

Cœur d'enfant : 130 grammes.

L'encéphale seul, dont l'ensemble pèse 1.350 grammes, ne paraît pas avoir participé au nanisme.

Le diagnostic de démence précoce, ayant évolué ici chez un individu dont les caractères de dégénérescence ne peuvent être contestés, nous semble s'imposer.

Examen histologique. — Congestion des vaisseaux des méninges et de l'écorce. Pas de diapédèse. Pas de cellules de Marschalko. Pas d'altération des vaisseaux dans leurs parois, ni prolifération des endothéliums, ni de bloc ocreux, ni d'infiltrations granuleuses.

Pas de cellules en bâtonnets de Nissl, pouvant impliquer prolifération vasculaire.

En résumé, aucune lésion vasculo-conjonctive.

Du côté des cellules cérébrales, on trouve assez souvent une

cellule environnée de trois cellules rondes au voisinage de l'espace péricellulaire, et cela peut-être plus souvent qu'à l'état normal.

Dans beaucoup de cellules, on trouve des blocs granuleux pigmentaires. Pas de lésion avec la méthode de Nissl.

Rein : congestion glomérulaire et vasculaire.

Epithéliums détruits par endroits (lésion artificielle?).

Légère prolifération dans certains glomérules des noyaux de la capsule de Bowmann.

Cœur : rien à noter. Pas de sclérose.

Ce cas vient à l'appui de l'opinion de M. Klippel qui, à la suite de ses recherches personnelles, admet que dans la démence précoce les lésions cérébrales sont le plus souvent circonscrites aux neurones avec participation de la névroglie ; les tissus d'origine épithéliale sont lésés, alors que les tissus vasculo-conjonctifs voisins restent complètement indemnes.

M. VIGOUROUX. — Je voudrais rapprocher de l'observation que je viens de vous communiquer au nom de M. Legrain et au mien, un cas de démence précoce que j'ai observé dans mon service de l'asile de Vaucluse et qui présente avec elle plusieurs analogies. L'évolution de la maladie a été beaucoup plus longue, elle a duré quatorze ans ; mais le malade présentait de l'infantilisme splanchnique et il est mort cachectique avec des lésions de tuberculose ancienne du poumon.

March... (Jules) est entré une première fois à l'asile de Vaucluse le 12 décembre 1891, il était âgé de vingt-quatre ans.

A l'infirmerie du Dépôt, M. le Dr Garnier avait fait le certificat suivant : Absinthisme subaigu avec idées de persécution ; hallucinations de l'ouïe ; terreurs ; il est persécuté par un maître d'école qui habite au-dessus de sa chambre ; tremblement ; insomnie complète.

A Sainte-Anne, M. le Dr Magnan porte le diagnostic de dégénérescence mentale avec accidents alcooliques (6 décembre).

Huit jours plus tard, M. le Dr Boudrie fait le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale, avec idées confuses de persécution et hallucinations de l'ouïe. De sa chambre, il entendait un maître d'école et sa femme, ses voisins, « lui envoyer » des mots auxquels il répondait. Idées confuses. Lenteur de l'idéation.

Avoue des cauchemars et de l'insomnie. Nie tout excès alcoolique. Tremblement des mains. »

Il fut transféré quinze jours après à Sainte-Anne et sortit en liberté.

Il fut réintégré l'année suivante, avec le certificat suivant du D^r Garnier, le 23 mai 1893 :

« Débilité mentale. Excès alcooliques anciens. Habitudes d'onanisme. Dépression mélancolique. Emoussement du sens moral. Anomalies et perversions du sens génésique. Indifférence à l'endroit des plaisirs sexuels, mais obsessions génitales le poussant à exhiber ses organes. Arrêté au bois de Vincennes où il se masturbait devant plusieurs personnes. Déjà traité. »

Le 4 juin 1893, M. le D^r Kéraval fait le certificat suivant :

« Débilité mentale confinant à l'imbécillité; actes inconscients, réponses dénuées de sens. »

En octobre 1900, quand j'ai pu observer ce malade, il présentait l'aspect clinique du dément précoce.

C'était un homme petit, mince, bronzé d'une façon extraordinaire par le soleil; ses vêtements étaient sales et déchirés.

Il restait couché dans la cour des heures entières, immobile, la face exposée au soleil, il présentait du négativisme à un très haut degré et refusait d'obéir à toute injonction. D'autres fois il faisait des actes automatiques, entrant dans les cabinets, en sortant aussitôt après et répétant cet acte un nombre incalculable de fois.

Il était également sujet à des impulsions violentes, se jetant sur un autre malade sans motif, ou bien cassant un carreau.

Il gardait un mutisme complet.

Très indifférent vis-à-vis de sa mère et de sa sœur qui venaient le voir, il semblait à peine les reconnaître et ne causait pas non plus avec elles.

Il n'avait pas de signes physiques : les pupilles étaient dilatées, les réflexes pupillaires étaient conservés, les réflexes tendineux normaux. A l'auscultation, le poumon droit présentait des signes d'induration.

Cet état se maintint sans aucune modification jusqu'en juin 1904, où l'affaiblissement musculaire progressif et l'amaigrissement le forcèrent à garder le lit.

Il eut à ce moment des accidents de tuberculose pulmonaire, de la fièvre, de la diarrhée; il succomba, très cachectique, en août 1904.

Les renseignements fournis par une sœur furent les suivants :

Le père était un homme emporté, coléreux, qui a fait toujours de mauvaises affaires : la mère est atteinte de surdité

nerveuse (?), elle a eu une attaque de congestion cérébrale à quarante-deux ans. Une sœur est morte à treize ans de cause inconnue.

Lui-même a toujours été un peu débile, il a eu la danse de Saint-Guy à l'âge de sept ans; à la suite il conserva longtemps des tics; il apprit le métier de compositeur-typographe, mais ne fut jamais un bon ouvrier. Il fut ajourné trois fois au conseil de revision pour faiblesse congénitale.

En résumé, il a toujours été un faible d'esprit et de corps.

A l'âge de vingt-quatre ans, lors de son internement, il aurait fait des excès d'absinthe et c'est à ce moment qu'il manifesta les idées de persécutions qui le firent interner une première fois.

Après sa sortie de l'asile il ne put travailler, et fut arrêté parce qu'il se livrait en public à la masturbation.

A L'AUTOPSIE, ce qui frappe le plus, comme dans l'observation précédente, c'est la petitesse des organes thoraciques.

Le cœur pèse 180 grammes au lieu de 270, le poumon gauche 200 grammes au lieu de 400, petitesse contrastant avec le volume normal du foie, pesant 1.500 grammes, des reins pesant 265 grammes, de la rate pesant 70 et des hémisphères cérébraux dont le poids est de 1.020 grammes.

On trouve dans le poumon droit une caverne au sommet, et de la congestion; dans le poumon gauche de l'emphysème et un abcès.

Le cœur, petit, est normal, l'aorte présente quelques taches d'athérome, les valvules sont saines.

Le foie est gros et a l'apparence d'un foie gras.

Le cerveau est de dimensions normales, le liquide céphalo-rachidien paraît être normal.

La pie-mère n'est pas épaissie d'une façon notable, elle n'est pas adhérente. Cependant dans l'hémisphère gauche où elle a été enlevée, on constate au niveau de la 3^e frontale un léger piqueté hémorragique et un dépoli de la surface cérébrale.

L'hémisphère droit n'a pas été décortiqué et a été conservé pour l'examen histologique.

Examen histologique ayant porté sur la région frontale et sur le lobule paracentral. — Au niveau de la région frontale, la pie-mère est légèrement épaissie, ses vaisseaux sont congestionnés, et des globules sanguins se rencontrent entre la ménigée et l'écorce cérébrale.

Il n'y a pas de périvasculite des vaisseaux des méninges.

Dans le cerveau, la substance moléculaire paraît plus riche en cellules de névroglie; les cellules cérébrales, plus pigmentées que normalement, sont souvent entourées de cellules rondes; elles ne présentent pas de lésion à la méthode de Nissl.

Les vaisseaux paraissent sains et n'ont pas de périartérite.

Les fibres de la couronne rayonnante sont normales de volume et de nombre; les fibres de Tuzek paraissent atrophiées et moins nombreuses.

Dans le bulbe et dans la moelle nous ne trouvons aucune lésion des cordons et des fibres. Toutefois les artères du plancher du 4^e ventricule présentent dans leur gaine périvasculaire un certain nombre de petites cellules rondes.

Dans ce cas comme dans le précédent, l'examen histologique montre que le tissu d'origine épithéliale (neurone et névroglie) est presque seul touché. Le tissu vasculo-conjonctif a réagi légèrement, mais la congestion des méninges et la légère périartérite bulbaire ne sont-elles pas des lésions banales et secondaires à la cause directe de la mort?

Le point important à noter est que, dans ces deux cas, les vaisseaux des méninges et de l'écorce étaient sains, et que les altérations du seul tissu neuro-épithélial peuvent être mises en cause pour expliquer la démence.

Nous croyons cependant que des lésions du tissu vasculo-conjonctif peuvent provoquer la démence précoce, car à notre avis toute lésion diffuse atteignant le cerveau d'un individu à l'âge de la puberté peut produire le syndrome, démence précoce.

En outre, ces deux observations nous ont paru intéressantes parce que les deux malades présentaient de l'infantilisme splachnique et par suite entrent dans le groupe des dégénérés du type Morel; de plus tous deux étaient porteurs de lésions tuberculeuse des poumons, et on sait combien la tuberculose est fréquente chez les déments précoces.

Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique,

par MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

Il peut survenir rapidement chez de jeunes sujets un affaiblissement intellectuel qui forme parfois le principal symptôme de la maladie mentale, qui souvent est précédé par une période de délire ou de confusion men-

tale. On a donné à ce syndrome le nom de *démence précoce*. D'après les discussions qui eurent lieu au congrès de Pau, il semble que la plupart des aliénistes admettent ce syndrome et en précisent la désignation par le même terme : *démence précoce à forme hébéphrénique*. Nous avons dès le début de cette communication précisé ce point, car si la *démence précoce* a aujourd'hui droit de cité en aliénation mentale, la forme *hébéphrénique* est la seule sur laquelle les auteurs paraissent d'accord. Les deux observations suivantes se rapportent à cette forme de *démence précoce* et les examens nécropsiques qui les accompagnent ajoutent à leur intérêt.

OBS. I. — Ch..., cultivateur, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'asile de Blois le 26 juillet 1878.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — On ne relève aucune tare névropathique dans sa famille. Son père est mort d'une affection hépatique à l'âge de cinquante ans. Sa mère est morte à l'âge de soixante-cinq ans pendant l'internement du malade; elle venait d'être opérée pour une tumeur abdominale. Deux oncles paternels sont encore vivants et bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aucune maladie dans le jeune âge; le développement physique et intellectuel fut normal. Ch... était d'un caractère docile et aimant. Il reçut une certaine instruction et passait pour intelligent; il était travailleur, intéressé et avait une haute opinion de sa personnalité; il se montrait hautain vis-à-vis de ses camarades. Il ne fit que six mois de service militaire grâce à un bon numéro. Pas de syphilis.

Les troubles mentaux ont débuté au mois de février 1878; depuis plusieurs mois, Ch... se plaignait de violents maux de tête. A la suite de contrariétés provoquées par le mariage d'une jeune fille qu'il paraissait aimer, il devint triste, inquiet, refusant toute société. Les accès mélancoliques, d'abord intermittents, devinrent bientôt continus. Cet état s'aggrava et Ch... devint très irritable; il menaça plusieurs fois sa mère qui cherchait à le distraire. Des idées délirantes polymorphes survinrent; Ch... avait peur qu'on lui fît du mal; il se croyait capable de diriger l'industrie et l'agriculture, d'être empereur. Ses violences vis-à-vis de ses proches déterminèrent son internement.

A son entrée à l'asile, Ch... est calme, mais prend une attitude mélancolique; il répond à peine aux questions qu'on lui pose; son langage est monotone, la voix est à peine perceptible. Il paraît indifférent à tout; il sourit niaisement, parfois

se fâche et crie sans motif; d'autres fois, il parle seul, et s'emporte contre des personnages imaginaires. Ses paroles sont incohérentes, n'ont aucun rapport avec les demandes; il est impossible de tirer de lui aucun renseignement sur ses sensations, ses sentiments. Il croit avoir trente ou quarante ans; il ne peut rien préciser. On ne constate à cette époque aucun trouble somatique. Les jours suivants, Ch... se met à marcher dans la cour du quartier d'une façon continue. L'un de nous a suivi ce malade pendant une période de vingt-cinq ans et il est remarquable de constater qu'aucune modification dans l'état mental ne survint pendant toute cette période. Jamais on ne put l'occuper à quelque travail.

En mars 1903, voici quels sont les principaux symptômes que nous relevons chez notre malade. Ch... vit complètement seul; il fait le tour de la cour de son quartier durant des journées entières, s'arrêtant par intervalles pour se reposer sur un banc. Il s'irrite parfois et injurie les autres malades qu'il rencontre ou qu'il heurte sans avoir été nullement provoqué par ces derniers. Par moments, il rit et cause seul à voix basse. Il répond à l'appel de son nom, mais il est incapable de le donner quand on le lui demande; il ne peut dire son âge, la durée de son internement, les raisons de sa présence à l'asile. Il donne des réponses incohérentes à toutes les questions qu'on lui pose. Ainsi, à cette question : « Pourquoi êtes-vous ici? », il répond : « Je ne sais pas, c'est peut-être pour pot-au-feu. »

A cette époque, on constate une diminution du réflexe patellaire du côté gauche, son abolition complète à droite, l'absence des réflexes plantaires. Pas de troubles de la sensibilité à la douleur. Ch... paraît voir et entendre normalement. Son état d'affaiblissement intellectuel ne nous a pas permis d'examiner les autres sensibilités. Pas de troubles de la marche. Les pupilles sont égales et leurs réflexes normaux. Aucun trouble du langage articulé.

Le 5 avril 1905, Ch... est atteint de diarrhée aiguë. On constate à cette époque une légère inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche. Ch... meurt le 9 avril 1905.

AUTOPSIE. — Les organes thoraciques ne présentent aucune lésion. Le gros intestin est très congestionné et rempli de matières liquides.

Système nerveux. — Rien de particulier à l'ouverture du crâne et à l'extraction de l'encéphale. Macroscopiquement, le cerveau paraît sain. Légers happements diffus des méninges molles au cortex. Le cerveau droit pèse 550 grammes; le gauche 540 grammes. Le bulbe et le cervelet pèsent ensemble 180 grammes. Pas d'athérome des artères de la base.

Examen histologique. — *Cerveau.* — Les régions que nous

avons examinées sont les circonvolutions frontales ascendantes droite et gauche à leur partie moyenne, la pariétale ascendante droite, la première frontale gauche. Les méthodes de coloration que nous avons employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin.

Dans toutes les régions examinées, on observe des lésions de même ordre, mais elles sont surtout accusées au niveau de la pariétale ascendante droite.

Les méninges sont épaissies et intimement soudées au cortex et, par place, on observe des traces d'hémorragies anciennes entre les méninges et le cerveau. De nombreux vaisseaux issus des méninges viennent sillonner la couche moléculaire. Au fond des sillons, dans l'épaisseur des méninges, on observe des noyaux inflammatoires isolés.

La couche moléculaire est très riche en tissu névroglie, et cependant la couche des fibres tangentiellles est bien fournie en fibres. Les cellules pyramidales sont presque toutes déformées par des noyaux embryonnaires qui semblent pénétrer leurs parois. Elles sont pigmentées pour la plupart; leurs noyaux sont excentriques. À leur intérieur, les granulations chromophiles sont réduites en une fine poussière.

Cervelet. — Aucune lésion appréciable.

Bulbe. — Les cellules des noyaux craniens paraissent saines. Aucune lésion dégénérative des fibres à myéline. Pas de lésion de l'épithélium du quatrième ventricule.

Moelle. — On observe une légère sclérose des cordons postérieurs. Les cellules motrices sont pigmentées, peu riches en prolongements; elles contiennent encore des granulations chromophiles bien colorées. Dans toute la hauteur de la moelle, le canal central est oblitéré. Au niveau de la partie moyenne de la moelle dorsale, on constate une hémorragie récente dans la corne antérieure gauche.

Reins et foie. — Pas de lésions à l'examen histologique.

Obs. II. — C..., journalier, âgé de trente et un ans, entre à l'asile de Blois le 8 février 1888.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — On ne relève aucune tare névropathique dans les antécédents du malade.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — D'après les renseignements donnés par sa mère, C... n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Il a toujours été considéré comme peu intelligent. Enfant, il était borné, paresseux, querelleur. Il apprit cependant facilement à lire et à écrire et acquit une certaine instruction; son mauvais caractère ne lui permit pas de conserver les divers emplois qu'il remplit à sa sortie de l'école. Appelé sous

les drapeaux, il s'adonne progressivement à l'abus des boissons alcooliques. Revenu au pays natal, C... ne fait plus d'excès de boisson; il se marie, a un enfant; il obtient alors un bureau de tabac et pendant quelque temps il se montre très heureux. Puis, sans transition, il devient inquiet, soupçonneux, méchant, et fait de nouveau des excès alcooliques. Il maltraite sa femme et celle-ci est obligée de le quitter. C..., incapable de tout travail sérieux, fut privé de son bureau de tabac. Il avait alors vingt-six ans. A partir de ce moment, commence pour lui une existence misérable; il fait une série de voyages à pied, vivant de racines et de fruits, ne cherchant pas de travail; il devient la terreur de sa commune et il commet des actes délictueux pour lesquels il subit plusieurs condamnations. Il fait d'abord trente jours de prison pour coups et blessures. A la suite de deux discussions avec des personnes de son pays, il subit deux nouvelles condamnations. Il est ensuite condamné trois fois encore pour coups et blessures.

C... sortait de prison le 21 décembre 1887 et quelques jours après, le 5 janvier 1888, un vol avec effraction ayant été commis dans l'église de sa commune, C... fut désigné par la rumeur publique comme le coupable. Interrogé, il se trouble, se contredit, justifie mal l'emploi de son temps, mais nie énergiquement être l'auteur du vol. Arrêté, il est conduit à la prison de Blois. Là, on s'aperçoit que son langage, sa tenue, son habitus général indiquent un état morbide. Il nie niaisement sans motif, soutient difficilement une conversation suivie. Sa mémoire est affaiblie. C... présente des idées vagues de persécution : « On lui en veut dans son pays; on le montre au doigt. » Examiné par des experts, il est considéré comme atteint de démente précoce avec antécédents alcooliques. Il est transféré de la prison à l'asile de Blois.

A son entrée à l'asile, C... est calme. C'est un homme de taille moyenne, malingre, qui offre comme signes physiques de dégénérescence mentale des oreilles écartées en anse et un palais ogival. Ses propos sont incohérents et sa mémoire très affaiblie. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement sur ses antécédents. Voici les paroles qu'il prononça à un premier examen : « C'étaient des farceurs qui le faisaient voyager comme un fou; il croyait être bien légitimiste et patriote. C'étaient des farceurs qui simulaient des familles, qui simulaient des mariages. Les blagueurs au verbe se sont arrangés de façon à ce que sa femme le quitte. A Tours, il a été emprisonné; la fille F... l'a ramassé étant dans la gendarmerie; c'est la magie F... Il a été frappé à coups de fourche et il a rendu des coups de pied. C'étaient des farceurs; il a eu trois jugements par la réaction. Il a quelquefois la migraine parce

qu'on l'a baptisé. La réaction, c'est le parti du siècle ; ça commence par le verbe et ça finit par le verbe. La réaction l'a jugé, frappé et condamné. » Parfois, le malade s'arrête de parler tout haut et ce n'est plus qu'une longue série de paroles monotones et sans suite.

Les jours suivants, C... témoigne une grande irritabilité. Ce n'est qu'avec les plus grandes prévenances qu'on peut l'aborder et causer avec lui. Il s'emporte, devient très violent ; il parle souvent seul, crie parfois et injurie les personnes de son entourage. Léger tremblement des mains et de la langue. Pas d'autres troubles somatiques. Il est employé aux travaux de culture.

Le même état persiste les années suivantes. Parfois C... témoigne des idées hypocondriaques ; il prétend qu'il a un amas de sang derrière l'épaule et demande à se reposer. Il se plaint de ses membres du côté gauche ; il se dit moins fort de ce côté, ressent des crampes. Tous ces phénomènes disparaissent après quelques jours de repos et C... retourne au travail. Il s'accoutre d'une façon bizarre, mais bien connu de tout le personnel de l'asile, on évite de le contrarier. Il travaille tout en parlant seul. Parfois, il laisse sa besogne, fait des gestes, lance des imprécations véhémentes. On le laisse faire car, ses accès passés, il revient aussitôt à ses occupations.

Pendant toute la durée de son internement, c'est-à-dire pendant une période de quatorze ans, C... ne présente aucune modification notable dans son état mental. En 1902, on constate les mêmes propos incohérents, les mêmes expressions prétentieuses, un grand nombre de néologismes. Il est impossible d'avoir avec lui une conversation suivie. Nous relevons à cette époque les troubles somatiques suivants : le réflexe rotulien est exagéré à gauche ; le réflexe plantaire se fait en extension à gauche. La force musculaire est diminuée du même côté ; le malade ne peut exercer qu'une faible pression avec les doigts de la main gauche. Légère inégalité pupillaire ; la pupille gauche est la plus dilatée ; pas de trouble des réflexes pupillaires, de la sensibilité, de la parole articulée. De temps en temps, C... vient passer plusieurs jours à l'infirmerie pour se reposer et retourne ensuite au travail.

En mai 1905, C... a plusieurs crises cardiaques et reste alité. Souffle d'insuffisance aortique ; la pointe du cœur est abaissée ; le pouls varie entre 130 et 140 pulsations. Essoufflement et oppression. Le foie est douloureux et déborde les fausses côtes ; teinte subictérique des conjonctives. Œdème des membres inférieurs plus accentué à gauche, l'avant-bras est aussi légèrement œdématié. Dès cette époque, l'amaigrissement est rapide et le malade meurt le 27 juin 1905 après avoir présenté une longue période d'asystolie.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

Système nerveux. — Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Pas d'adhérence de la dure-mère à la calotte crânienne. Pas d'adhérences entre la dure-mère et les méninges molles. Le liquide céphalo-rachidien est peu abondant. Léger athérome des artères de la base. Au niveau de la face interne des lobes frontaux, il existe des adhérences entre les méninges molles de sorte qu'il est difficile de séparer les deux hémisphères. Les méninges de la convexité des hémisphères présentent une teinte opalescente; elles sont épaissies au niveau des lobes frontaux et pariétaux, surtout sur l'hémisphère droit. Elles contractent de légères adhérences avec le cortex. On ne constate aucune lésion circonscrite sur les coupes transversales. Le cerveau droit pèse 562 grammes, le gauche 560 grammes. Le cervelet et le bulbe pèsent ensemble 160 grammes. Pas de lésions macroscopiques du cervelet et du bulbe.

Examen histologique. — L'examen micrographique a porté sur les régions suivantes : les circonvolutions pariétales et frontales ascendantes droites et gauches, la deuxième frontale droite à sa partie moyenne, les cunéus droit et gauche. Les méthodes que nous avons employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin.

Les lésions que nous avons observées sont diffuses, mais elles ont leur maximum d'intensité au niveau de la région motrice droite et de la deuxième frontale droite.

Méninges. — Il existe des lésions de méningite chronique encore en évolution. Les méninges sont épaissies, irrégulières, intimement soudées au cortex par endroits. Il y a une néoformation vasculaire, surtout évidente dans les sillons. Il existe au niveau de la deuxième circonvolution frontale droite un sillon dans lequel méninges et cortex ne forment plus qu'un tissu compact. Autour de quelques vaisseaux, on observe une périartérite très accusée; mais immédiatement à côté de ces vaisseaux, on en trouve d'autres qui sont sains. L'inflammation se traduit par places en une multitude de cellules embryonnaires disposées entre les méninges molles et le cortex.

Cerveau. — Les circonvolutions ont perdu de leur régularité; elles apparaissent comme hérissées de papilles. Par la méthode de Weigert, on se rend compte que ces bosselures sont formées de tissu névroglie. Le tissu de soutien est d'ailleurs très abondant dans toute la couche moléculaire.

Les cellules nerveuses sont atrophiées; elles contiennent des vacuoles et quelques-unes sont pigmentées. Les granulations chromophiles sont disparues au centre tandis qu'on en trouve

encore à la périphérie de la cellule. Les noyaux sont excéntriques, leur nucléole est bien coloré.

De nombreuses cellules embryonnaires sont dispersées dans tout le cortex sans aucune prédominance dans les espaces périsvasculaires. Quelques vaisseaux, surtout à leur entrée dans la couche moléculaire, sont atteints de périartérite.

Sous les épaississements méningés, les fibres tangentielles sont très diminuées de nombre et, au niveau de la deuxième frontale droite et de la région motrice du même côté, les fibres radiaires sont moins nombreuses que normalement.

Cervelet. — Nous n'y avons observé aucunes lésions comparables à celles du cerveau.

Bulbe. — Au niveau de la partie antérieure et inférieure du bulbe, il existe un épaississement des méninges molles, reste d'une méningite bulbaire ancienne. Les méninges sont à ce niveau intimement soudées au bulbe. Les cellules des noyaux des nerfs craniens paraissent saines. La pyramide droite présente une sclérose manifeste. L'épithélium du quatrième ventricule est sain.

Si nous résumons ces deux observations, nous remarquons qu'elles ont plusieurs points de ressemblance. Pas de tares héréditaires, pas de maladies du jeune âge chez nos deux malades; début de l'affection à l'âge de vingt-cinq ans; affaiblissement rapide de l'intelligence. Notre premier sujet avait eu une enfance et une adolescence normales, et son affection débuta par de violents maux de tête et des accès mélancoliques. Notre second malade était atteint manifestement de débilité mentale et son affection mentale survint à la suite d'excès alcooliques; pendant plusieurs années, il vécut errant, répandant la terreur dans sa commune, il subit plusieurs condamnations et ce n'est qu'à la sixième qu'il fut reconnu aliéné. Tels sont les principaux faits cliniques. Au point de vue anatomique, nous relevons dans les deux cas des lésions de méningite avec cette différence que chez notre premier sujet ces lésions étaient arrêtées dans leur évolution et que chez notre deuxième sujet elles étaient encore en activité.

Dans un travail antérieur (1), nous avons publié un

(1) G. Doutrebente et L. Marchand. Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas. *Revue neurologique*, n° 7, 15 avril 1905.

cas de démence précoce qui, aux points de vue clinique et anatomo-pathologique, présentait des rapports de similitude avec les deux cas que nous venons de rapporter. De ces trois cas, on peut en déduire qu'une méningite, évoluant insidieusement chez de jeunes sujets et produisant des lésions de la corticalité (ménégo-corticalite), peut déterminer une démence précoce et que souvent la démence précoce à forme hébéphrénique relève de telles lésions. Les recherches anatomo-pathologiques de Hecker, Kahlbaum, Lubachine s'accordent avec les constatations précédentes. A côté de ces cas où une méningite a été la cause des troubles mentaux, il en existe d'autres où on a rencontré uniquement des lésions des cellules pyramidales (Klippel et Lhermitte, Leroy et Laignel-Lavastine). C'est dire qu'au moins actuellement les déments précoces peuvent présenter des lésions cérébrales différentes; cela signifie qu'il n'y a pas une démence précoce, mais des démences précoces.

Au point de vue clinique, plusieurs auteurs se sont efforcés de montrer qu'il pouvait exister les plus grandes différences entre les états mentaux des déments précoces; on peut dire en effet que le seul symptôme constant chez ces malades est l'affaiblissement intellectuel survenant rapidement et pouvant ensuite rester de longues années sans présenter de modifications notables. L'anatomie pathologique, en montrant des lésions diverses dans le cerveau de tels malades, apporte un nouvel argument en faveur de la définition suivante : la démence précoce est une imbécillité acquise. De même que des lésions cérébrales diverses provoquent l'imbécillité ou l'idiotie, de même des lésions diverses provoquent la démence précoce. De même qu'il n'y a pas une imbécillité ou une idiotie, mais des imbécillités et des idioties, de même il y a des démences précoces. Toutes lésions cérébrales diffuses survenant chez des sujets âgés de quinze à trente ans (et parmi celles-ci, les lésions méningitiques sont, d'après nous, des plus fréquentes) donneront lieu à une démence précoce, mais ces lésions ne pourront avoir comme ressemblance que leur diffusion.

Dans les deux cas que nous venons de rapporter, il n'existait plus dans le premier que des traces d'une

méningite ancienne, dans le second, des lésions de méningite encore en évolution. Dans ce dernier cas, elles avaient une prédominance marquée au niveau de la région motrice droite et leur intensité avait été telle qu'elles avaient déterminé des lésions corticales assez profondes pour donner lieu, cliniquement, à des symptômes hémiplésiques et, histologiquement, à une dégénérescence notable de la pyramide droite du bulbe. Ces lésions méningées avec retentissement sur le cortex avaient provoqué le syndrome de la démence précoce et cependant elles étaient différentes par leur intensité et leur évolution. Elles n'avaient comme similitude que leur diffusion et leur apparition chez de jeunes sujets.

DISCUSSION

M. VALLON. — Au Congrès de Pau, j'avais défendu cette idée; qu'il n'y a pas *une* démence précoce, mais *des* démences précoces. La communication de MM. Dautreberte et Marchand montre que les données de l'anatomie pathologique sont d'accord avec les résultats de l'observation clinique.

Les hallucinations obsédantes,

par M. GIMBAL.

Messieurs, je désirerais vous entretenir de cette question des hallucinations obsédantes, question si controversée encore, malgré qu'elle soit ancienne.

En 1889, en effet, au Congrès international de médecine mentale, Falret, concluant son rapport, admettait que l'hallucination n'accompagnait jamais l'obsession consciente.

Depuis, bien des auteurs, parmi lesquels il convient de citer tout particulièrement M. Séglas, ont montré que l'obsession pouvait non seulement être suivie d'hallucination, mais encore être le point de départ de véritables délires.

Je m'occuperai seulement des hallucinations obsédantes. Je citerai trois observations personnelles.

Après leur relation, dans une synthèse commune, j'indiquerai les points dissemblables, les points communs qu'elles présentent, je dirai les rapports qui unissent, à mon sens, les hallucinations à l'obsession. Je tenterai, enfin, une classification des hallucinations obsédantes.

La première de ces observations a été publiée en janvier 1904 dans la *Revue de Psychiatrie*.

C'est celle d'une malade, M..., âgée de trente-neuf ans, couturière, dont les antécédents héréditaires sont très chargés et qui, toute jeune, fit preuve d'une émotivité pathologique accentuée.

Mariée à l'âge de vingt-quatre ans, cette émotivité eut pour sujet son mari. Sitôt que ce dernier était en retard, la malade était inquiète, avait de tristes pressentiments, et son inquiétude ne disparaissait, brusquement et en entier, qu'à la vue de son mari.

En décembre 1902, M... présenta, de façon subite, à la suite d'une discussion insignifiante, un délire de persécution à base d'interprétations délirantes, d'hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat. Les hallucinations de l'ouïe revêtirent le caractère obsédant. Dès le début de son délire, la malade entendit son principal persécuteur lui crier : « On les tuera, ton mari, tes enfants. »

A ces mots, M... est prise d'inquiétude, et, comme cette phrase est sans cesse répétée, de plus en plus vite et fort, M..., respirant avec peine, souffrant de palpitations, angoissée, court à l'atelier, à l'école, sans prendre le temps de se vêtir.

Là, elle trouve son mari, ses enfants bien portants et son anxiété disparaît aussitôt. Mais, retournée chez elle, elle entend la même phrase de mort : « On tuera ton mari, tes enfants », et ces mots provoquent une nouvelle obsession qui la pousse à s'assurer de l'état de son mari, de ses enfants.

Ces accès d'hallucinations obsédantes, toujours semblables à eux-mêmes, surviennent trois ou quatre fois par jour, pendant un mois.

Amenée à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Joffroy, M... s'améliore rapidement et, au bout de trois mois, elle sort, n'accusant plus de trouble mental.

La deuxième observation est celle d'une malade, C..., âgée de cinquante ans, charcutière, dont les antécédents héréditaires sont très mauvais et qui, dès son enfance, montra une émotivité pathologique marquée. Depuis l'âge de vingt ans environ, elle est atteinte tous les ans, vers Pâques, époque où elle tra-

vaillie plus que de coutume, d'un état de dépression, d'impuissance physique et psychique, pendant lequel toute occupation, tout effort volontaire lui sont défendus.

En décembre 1904, à la suite de l'un de ces états de dépression, C... est brusquement atteinte d'un délire de persécution à base d'interprétations délirantes, d'hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, du goût, de l'odorat.

Certaines hallucinations de l'ouïe affectent le caractère obsédant. Ce sont celles qui intéressent le frère de C..., Octave, qui est pour C... l'être qu'elle chérit le plus.

C... entend son persécuteur lui dire : « Ah ! le pauvre Octave, il va mourir ; quand tu arriveras, il sera mort. » Aussitôt C... ressent une émotion très vive et, comme la nouvelle de la mort de son frère lui est sans cesse redite, C..., très angoissée, le cœur battant douloureusement, la respiration pénible et lente, se précipite, sans se vêtir, chez son frère. Elle le trouve sain et sauf et son anxiété disparaît. Elle revient, soulagée, chez elle. Elle présente bientôt un nouvel accès d'hallucination obsédante semblable au premier.

Ces accès se répètent trois ou quatre fois par jour, pendant deux mois. Entrée à l'asile de Prémontré, C... présente une amélioration rapide. Au bout de trois mois, elle sort, disant que si elle a été persécutée, maintenant elle ne l'est plus.

Ces deux observations se ressemblent en ce sens que les hallucinations obsédantes sont un épisode plus ou moins important d'un délire de persécution.

La troisième observation est tout autre. Ici, en effet, l'hallucination obsédante est le point de départ d'un délire.

Il s'agit d'une femme, Ad..., âgée de vingt-sept ans, repasseuse, dont le père, buveur, est atteint de fièvres intermittentes, et qui a toujours été très émotive. Elle porte des stigmates physiques de dégénérescence, tels que asymétrie faciale, voûte palatine ogivale. En mai 1905, sans cause apparente, elle devient triste, sombre, incapable de travailler. Pensant qu'il s'agissait de faiblesse, elle se fortifie avec du vin, de l'eau-de-vie, si bien qu'elle présente des symptômes caractéristiques, crampes, tremblements et cauchemars. Cet état dure trois semaines, quand elle a brusquement l'idée de se tuer pour débarrasser son mari.

Elle met son projet à exécution en buvant du sirop de morphine, ce qui la fait profondément dormir.

Quelques jours après cette tentative de suicide, un homme donne à la malade un tranchet qu'il avait emprunté à son mari.

A la vue de ce tranchet, Ad... ressent une émotion intense. On eût dit que tout craquait chez elle, qu'une malédiction y entraînait.

Elle est prise de frissons, de palpitations de cœur, d'étouffement. Simultanément, elle entend une voix qui lui dit : « Tue-toi avec ce tranchet. » Cette voix, elle sent qu'elle parle dans le côté gauche de la poitrine et qu'elle remonte vers la base de la langue. L'hallucination obsédante provoque une anxiété grandissante, des phénomènes physiques de plus en plus intenses.

Ad... lutte contre cette voix qui, toujours plus forte, la pousse à se tuer, en pensant à son enfant. Elle oppose à l'hallucination obsédante l'idée de revoir son enfant.

Elle lutte ainsi un quart d'heure environ, puis elle succombe à l'obsession et se fait au bras gauche une profonde blessure. Désarmée aussitôt, elle n'éprouve de son acte qu'un soulagement relatif, car la même voix lui dit toujours : « Tue-toi avec le tranchet. » Cette hallucination obsédante poursuit Ad... sans répit et est plus ou moins impérieuse suivant les moments.

Quand Ad... est seule en présence d'un tranchet, l'hallucination obsédante est particulièrement forte. Ces hallucinations obsédantes, à peu près continues, mais de puissance inégale, durent quinze jours environ après lesquels Ad... remarque qu'il n'arrive chez elle que des malheurs.

Tantôt le feu prend dans une maison voisine, tantôt son mari se coupe avec un tranchet, etc.

C'est que l'homme qui a porté le tranchet doit être un franc-maçon.

Il est commandé par le maire. Ce dernier rit d'elle et lui reproche d'aller voir la nuit le vicaire et le curé.

Elle s'explique quelle est la voix qui siège dans sa poitrine. C'est la voix du Diable. Quand elle avait dix ans, en effet, elle fut attirée dans une mauvaise maison où un individu pratiqua sur elle des attouchements qu'elle précise mal. Grâce à ces attouchements le diable a pénétré en elle, par les parties génitales, mais il a attendu jusques à maintenant pour révéler sa présence.

La malade entre alors à l'asile de Prémontré. Trois mois après, elle sort, très améliorée.

L'hallucination obsédante est beaucoup moins fréquente, moins impérieuse, mais identique quant à son origine et son lieu.

Combinant ces trois observations dans une synthèse commune il s'en dégage des points dissemblables, des points communs.

Les hallucinations présentent une importance variable relativement au délire.

Tandis que dans les deux premiers cas, l'hallucination obsédante est un élément plus ou moins important d'un délire de persécution, dans le troisième cas, au contraire, l'hallucination obsédante crée un délire de persécution, de possession, grâce à l'extrême débilité de la malade.

Les hallucinations obsédantes sont survenues tantôt au début du délire, tantôt après que celui-ci était constitué.

Enfin, dans les deux premiers cas, il s'est agi d'hallucinations auditives; dans le troisième, d'hallucinations motrices.

Dans ces trois observations, les hallucinations obsédantes affectent de nombreuses ressemblances.

Ce sont toutes des hallucinations vraies, bien extériorisées, acceptées comme phénomène réel, inconscientes.

Ce sont des éléments d'importance très inégale, nous l'avons vu, de délires de persécution.

Les hallucinations obsédantes traduisent une préoccupation, une idée habituelle, antérieures.

Elles évoluent comme les obsessions, par paroxysmes.

Elles se greffent sur un terrain héréditaire constitué par une émotivité pathologique marquée et des états d'impuissance physique et psychique plus ou moins fréquents. Ce terrain est celui de l'obsession en général.

Si donc l'on considère que l'hallucination ne fait que traduire l'obsession primitive, que l'hallucination obsédante évolue comme une obsession, et qu'elle se développe sur le même terrain que cette dernière, il est permis de penser que dans l'hallucination obsédante l'élément primordial, primitif, est l'obsession et que l'élément secondaire, conséquent, est l'hallucination. L'obsession est l'élément central, l'hallucination l'élément périphérique qui l'extériorise, sous forme d'hallucination obsédante.

Si les hallucinations obsédantes qui ont été décrites dans ces trois observations sont inconscientes, si leur caractère pathologique n'est pas reconnu par les sujets, il est des hallucinations obsédantes qui sont conscientes,

dont les sujets souffrent, mais qu'ils prennent pour des phénomènes morbides, au moment du moins où ces hallucinations obsédantes ne provoquent pas l'angoisse, l'anxiété extrêmes.

A cet égard, il convient de citer l'observation rapportée par M. Séglas dans ses leçons cliniques, de cette femme qui, ayant eu, depuis dix ans, la pensée obsédante de la mort, entendit soudain comme une voix intérieure, dans sa gorge, lui disant : « C'est pas la peine, tu vas mourir », et qui présenta les symptômes de l'obsession.

Qu'il s'agisse d'hallucinations obsédantes conscientes ou inconscientes, les phénomènes psychiques et physiques sont identiques.

C'est la même angoisse, la même anxiété, les mêmes palpitations de cœur, le même étouffement, la même respiration pénible et lente.

Ce qui distingue seulement les premières des secondes, c'est que celles-là sont prises pour un fait morbide et que celles-ci sont tenues, en tout temps, pour un fait réel.

Encore faut-il reconnaître, que les hallucinations obsédantes conscientes, à un moment donné de leur évolution, au moment précis où elles produisent leur angoisse, leur anxiété, leur cortège symptomatique physique maxima, sont plus ou moins conscientes.

En tout cas, ce qui rattache ces hallucinations conscientes et inconscientes, c'est qu'elles nécessitent toutes, pour naître, un fonds, préparé par l'hérédité, remarquable par une émotivité pathologique considérable, par des états d'impuissance physique et psychique, par une instabilité et des oscillations extrêmes du niveau mental.

Délire de persécution systématisé curable chez un alcoolique.

Par M. MAURICE OLIVIER, interne à l'asile de Blois.

Si c'est une banalité que de constater l'existence d'idées de persécution au cours des divers délires toxico-alcooliques, il faut reconnaître, en revanche, que les hallucinations auditives s'y rencontrent avec une bien

moins grande fréquence, et qu'elles affectent généralement le caractère d'hallucinations « élémentaires » ou « communes ». Mais l'on sait aussi que, dans ces cas, les conceptions délirantes sont essentiellement mobiles, changeantes, kaléidoscopiques ; que les illusions et les hallucinations visuelles y demeurent prépondérantes, caractéristiques. A considérer, en outre, les troubles somatiques spéciaux et les autres réactions mentales, il semble que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic ne puisse rester longtemps douteux entre un délirant alcoolique et un persécuté systématique. Néanmoins, on observe des malades chez qui l'éthylisme provoque des délires à ce point liés et cohérents qu'on pourrait les confondre avec les délires de persécution systématisés, si la rareté des hallucinations auditives et la prédominance des hallucinations visuelles ne permettaient de séparer les premiers des seconds.

Mais l'intoxication alcoolique est encore capable, croyons-nous, dans quelques cas assez rares, d'engendrer un état délirant tellement analogue à celui du persécuté chronique qu'aux hallucinations visuelles absentes se substituent des hallucinations auditives dont le rôle est capital. Or, l'observation rapportée par nous concerne un malade de cette dernière catégorie, qui présente le tableau classique de la deuxième période du délire de persécution systématisé :

A. M..., né à M... (Eure-et-Loir), âgé de cinquante-neuf ans, veuf, menuisier, domicilié à V... (Loir-et-Cher), entre à l'asile de Blois le 4 juillet 1901, après un séjour de deux mois d'observation à l'hospice de V... Sorti guéri le 31 mars 1902.

Antécédents héréditaires normaux.

Antécédents personnels. Nous ne possédons pas de nombreux renseignements sur la vie personnelle du malade. Nous savons, toutefois, qu'il n'a jamais été atteint d'une maladie grave, et qu'il est père de quatre enfants, jouissant tous d'une bonne santé et très affectueux à son égard. Il est utile de retenir encore qu'il fut un travailleur régulier, habile en son métier, de caractère timide et réservé. Veuf depuis une quinzaine d'années, ce n'est que par la suite qu'il aurait contracté peu à peu l'habitude de boire avec excès. Mais, de notoriété publique, les troubles mentaux ne remonteraient guère au delà d'un an.

A. M... est un homme de haute stature, vigoureux, de

santé générale excellente. On ne relève pas chez lui de stigmates de dégénérescence.

On constate du subictère des conjonctives, du tremblement des doigts, un léger tremblement de l'extrémité de la langue. Les réflexes rotuliens sont normaux. On ne trouve ni troubles oculo-pupillaires, ni troubles du langage. La sensibilité paraît normale.

La physionomie de M. A... exprime à la fois l'inquiétude et la sévérité.

La lucidité semble entière. La mémoire est intacte; mais le jugement est perverti. A. M... s'imagine entendre, particulièrement la nuit, les voix des personnes qui ont juré sa mort. Il les désigne clairement par leurs noms. Ce sont des personnes bien connues de V..., anciens patrons, anciens camarades, anciens voisins, anciens hôteliers. Il assiste, impuissant et navré, à leurs discussions, à leurs conciliabules, qui ont pour objet son assassinat, sans cesse ajourné, pour une cause ou pour une autre. Il rejette la responsabilité de cette cabale sur une M^{me} T..., la femme du restaurateur chez qui il prenait pension. A l'en croire, obéissant à un mobile qu'il ignore, M^{me} T... aurait progressivement cessé de lui parler, puis elle se serait appliquée à exciter ses camarades et ses voisins contre lui, soit en les faisant boire, soit en les payant. Aujourd'hui, M^{me} T... est dans l'ombre et effacée, tandis que ces derniers continuent à le poursuivre de leur haine intraitable. Il se demande d'où vient qu'il soit, lui si doux, si réservé, victime d'un sort pareil; car il a la conviction profonde de n'avoir jamais lésé personne. Il raconte qu'avant d'en vouloir à sa vie, ces mêmes hommes ont essayé de le ridiculiser et de le bafouer en entonnant derrière lui, à travers le faubourg Saint-L..., une chanson faite à son intention où revenait fréquemment le refrain: « Il a des poux, M..., il a des poux. » Mais, bien que s'attachant ainsi à ses pas, ses ennemis avaient l'habileté de se dissimuler à ses yeux. Une fois seulement, il croit les avoir aperçus d'une façon assez vague et fugitive; d'ailleurs, il considère cette incertaine hallucination visuelle comme sans importance, et il nous ramène à l'histoire de ses hallucinations auditives, qui sont pour lui véritablement pénibles. Enfin, las de ces persécutions incessantes, il s'enferma chez lui et s'y cadenassa. Ses ennemis n'en continuèrent pas moins à rôder autour de la maison, et leurs voix menaçantes montaient jusqu'à ses oreilles. Aussi, refusait-il d'ouvrir à quiconque. Il accepta cependant, à la longue, de parlementer avec un agent de police, suppliant ce dernier de le conduire, soit à la prison, soit en tout autre lieu où il pourrait être en sûreté.

Amené à l'hospice de V..., il trouva tout d'abord un peu

d'apaisement, mais bientôt ses persécuteurs recommencèrent à le harceler. D'après la direction de leurs voix, A. M... comprenait très bien qu'ils s'étaient juchés sur les toits ou qu'ils s'étaient cachés dans certains coins pour décider de sa perte. Aussi, l'insomnie, l'agitation auxquelles il fut en proie ne tardèrent pas à le rendre impossible à l'hospice,

Conduit à l'asile de Blois, ses préoccupations semblent moins vives au début; puis, les mêmes faits se renouvellent avec une égale intensité. Dans la journée, et surtout la nuit, il entend ses ennemis causer de l'autre côté de la muraille ou sur les toits. La nuit, ils ont parfois même l'audace de s'approcher de son lit; il les entend, mais ne parvient pas à les voir. Récemment, un jeune homme de V..., nommé B..., se serait glissé jusqu'à son lit pour lui jeter des poux. Vainement, A. M... essaya de le distinguer, mais il ne put qu'entendre le personnage disparaître dans la chambre des gardiens.

En dépit de cet état, A. M... affirme qu'il n'est pas fou et qu'il finira par le devenir, si on le laisse longtemps séjourner ici. Il se plaint qu'à V... on profite de son absence pour le dépouiller de ses instruments de travail et des menus objets qui lui appartiennent. Il en a été informé, dit-il, par les conversations de ses ennemis.

A. M... devient chaque jour plus réticent sur tout ce qui concerne son délire, il prend une physionomie sombre, taciturne, et quand il nous adresse la parole, c'est pour réclamer sa sortie sur un ton impérieux, souvent même violent. Il trouve son internement immérité, et considère les pièces justificatives de son admission comme autant de faux. « Du reste, ajoute-t-il, vous le savez mieux que moi. »

Au bout de trois mois et demi, on pouvait remarquer une certaine détente chez ce malade. Il était plus malléable, se montrait moins tourmenté, mais il se refusait toujours à travailler avec une énergie farouche. Quatre mois après cette époque (fin janvier 1902), A. M... était à peu près rétabli. Il n'avait plus ni hallucinations de l'ouïe, ni idées de persécution. Il se sentait calme, dispos, et se rendait parfaitement compte qu'il avait été malade. Il attribuait lui-même sa maladie récente aux libations excessives faites en compagnie d'amis. Il n'aspirait désormais qu'à être libre pour reprendre une existence régulière, mais, à la différence de jadis, il formulait son désir de liberté avec un calme patient. Gardé en observation deux mois encore, A. M... s'occupa, en attendant sa libération, à l'atelier de menuiserie, où il donna bientôt la preuve de ses capacités professionnelles et de l'intégrité de son intelligence.

Au moment de la sortie, les troubles somatiques légers, observés lors de l'admission, ont disparu.

Ainsi, à l'arrivée du malade, le diagnostic, et par suite le pronostic, semblaient bien malaisés à formuler avec quelque précision. Tout d'abord, nous nous crûmes fondés à écarter l'hypothèse de ce qu'on appelle en France « le délire systématisé des dégénérés », peu justifiée en l'occurrence : l'âge du malade, son état mental antérieur normal, la non-existence de stigmates physiques de dégénérescence, l'absence de toute tare héréditaire, la genèse relativement progressive du délire, le défaut de polymorphisme des conceptions délirantes et des troubles psycho-sensoriels ne nous permettaient pas, en effet, de nous arrêter longtemps à ce diagnostic. Nous ne pouvions guère songer, non plus, à faire de ce cas « un délire systématisé des vieillards ». Car, malgré la maturité de son âge, il eût été excessif d'enrôler ce malade dans la catégorie des vieillards, et cela d'autant moins qu'il offrait une vigueur physique et une validité intellectuelle encore grandes. D'autre part, il faut ajouter que ce délire des vieillards est le plus souvent un délire de ruine, de vol, de dépossession, de sorcellerie. Or, dans notre observation, l'une de ces idées ne joue qu'un rôle tout à fait accessoire et ne se montre que d'une manière inconstante. Enfin, les hallucinations visuelles, rarement absentes chez ces vieillards, n'existent pas dans notre cas.

Mais, trois autres hypothèses, à notre sens, restaient encore plausibles :

Ou bien il s'agissait d'un persécuté véritable dont la première période de délire était passée inaperçue et qui, sous l'influence de sa maladie en évolution, s'était livré à des excès alcooliques. C'eût été alors, comme on l'a dit, un persécuté « arrosé » ;

Ou bien nous avions affaire à un malade chez qui les abus alcooliques avaient déclenché, précipité un délire systématisé chronique déjà en incubation ;

Ou bien il s'agissait d'un délire systématisé curable lié foncièrement à l'intoxication alcoolique et tenu sous son étroite dépendance.

Le caractère antérieur du malade, sa lucidité, la vigueur de son intelligence, l'organisation très nette de son délire, l'existence d'hallucinations auditives verbales, son attitude générale, tout cela légitimait la pre-

mière ou la deuxième hypothèse, puisque dans les deux cas, en effet, nous nous trouvons en présence d'un délire de persécution systématisé vrai. Seule, une connaissance approfondie du passé du malade aurait permis de déterminer si l'éthylisme était un phénomène surajouté ou s'il était cause occasionnelle. A s'en tenir toutefois aux renseignements fournis, la deuxième hypothèse paraissait la plus vraisemblable.

Cependant, l'âge assez avancé du malade (cinquante-neuf ans), l'instauration rapide de la période hallucinatoire, qui ne paraît pas avoir été précédée d'une période d'analyse subjective, les quelques signes somatiques de l'alcoolisme plaidaient, dans une certaine mesure, contre les conclusions précédentes, et rendaient possible, quoique à un moindre degré, la troisième hypothèse.

Il appartenait donc à l'évolution ultérieure de la maladie de trancher le diagnostic en suspens. La disparition à peu près progressive des troubles physiques et psychiques, grâce à l'abstinence forcée, la guérison complète survenue au bout de quelques mois, nous autorisent, en dernière analyse, à accepter rétrospectivement comme diagnostic la troisième hypothèse qui, de prime abord, paraissait la moins possible.

Nous avons tenu à signaler ce cas de « délire de persécution systématisé » d'origine alcoolique, parce qu'il est peu fréquent de l'observer sous une forme aussi paradoxale, et parce que, en raison des difficultés de diagnostic, il peut donner lieu, au point de vue médico-légal, à de fâcheuses méprises.

Présentation de la calotte crânienne d'un idiot.

par MM. MARIE et BARBAUX.

MM. A. Marie et Barbaux présentent la calotte crânienne d'un idiot, mort, à l'âge de vingt et un ans, d'entérite tuberculeuse, lequel avait subi la craniectomie, dix ans auparavant, dans le service de M. le professeur Lannelongue. La réparation osseuse est presque parfaite, et il n'y a pas modification notable des diamètres

craniens. On observe une fontanelle et un engrènement des travées osseuses réparatrices, comme dans l'ossification normale. De telles pièces montrent l'inutilité des interventions opératoires dans certains cas d'idiotie. D'autre part, elles prouvent la réalité des fonctions ostéogènes du périoste crânien, lorsque l'opération, pratiquée chez l'enfant, est aseptique et laisse le périoste intact.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1905.

Présidence de M. VALLON.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. José Ingegnieros, de Buenos-Aires, membre associé étranger; Doutrebente, Juquelier, Lapointe, Maupâté, Rayneau et Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal. — Sur deux cas de démence précoce.

M. DENY. — Je désirerais présenter, en me plaçant exclusivement au point de vue clinique, quelques remarques au sujet des deux malades dont les observations nous ont été communiquées à la dernière séance par MM. Doutrebente et Marchand.

D'après nos collègues ces deux malades appartiendraient à la variété hébéphrénique de la démence précoce; or, leur histoire clinique contient quelques particularités qui ne permettent pas, à mon avis, de les ranger l'un et l'autre sous la même étiquette.

En premier lieu, le terrain sur lequel s'est développée l'affection paraît avoir été sensiblement différent dans les deux cas. Le premier malade, en effet, avait présenté

un développement normal et régulier de ses facultés intellectuelles, jusqu'à l'époque où l'état démentiel a fait son apparition. La prédisposition était donc ici réduite au minimum. Le second malade, au contraire, avait durant toute sa vie passé aux yeux de son entourage pour un être borné ; c'était donc un débile congénital, c'est-à-dire un dégénéré assez lourdement taré.

En second lieu, les premières phases de la maladie ont été loin de se ressembler chez ces deux sujets : on a noté dès le début chez le premier des alternatives d'excitation, de dépression et de torpeur intellectuelle, des réponses incohérentes, des actes désordonnés, etc., tous symptômes qui ne laissent guère de doute sur l'existence d'un état démentiel. Par contre, le second a conservé pendant plusieurs années une lucidité suffisante pour que son état morbide ait été méconnu et pour qu'il ait encouru plusieurs condamnations. En outre, à une seconde phase de la maladie, il a présenté des idées de persécution qui ont pu encore masquer pendant quelque temps, d'une façon plus ou moins complète, l'affaiblissement sous-jacent des facultés. Ce n'est, en réalité, qu'à la troisième période de démence totale que les deux affections sont devenues tout à fait superposables ; mais, avant d'y arriver, les deux malades ont suivi des chemins notablement différents. Cela suffit, je crois, pour qu'au point de vue clinique ils méritent d'être séparés. Que tous deux soient des déments précoces, je n'y contredis pas, mais j'estime que si le premier est un dément hébéphrénique, le second doit être considéré comme un dément paranoïde.

Que si l'on m'objectait que la forme paranoïde de la démence précoce est encore contestée par beaucoup d'entre nous, je répondrais, d'une part, que son existence me paraît avoir été bien établie par le mémoire que lui a consacré M. Séglas il y a cinq ans, et, d'autre part, que sa grande fréquence ressort nettement de la communication, faite par M. Gilbert Ballet au Congrès de Pau, d'une statistique personnelle de 17 cas de démence précoce, dont 15 répondaient à la variété paranoïde de cette affection.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Kéraval, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Ritti et Dupain, rapporteur ;

3° Une lettre de M. le D^r Capgras, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Deny, Lwoff et Sérieux, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le D^r Révertégat, ancien interne des asiles de la Seine, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Briand et Lwoff, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° La troisième édition du *Précis de psychiatrie*, par M. E. Régis ;

2° La ponction lombaire, par MM. A. Pichenot et P. Cestin ;

3° Sur la démence tardive, par M. Erwin Straus ;

4° Sur le complexe symptomatique de la maladie de Korsakoff, par le même ;

5° Le numéro de novembre de la *Revue de l'hypnotisme*, des *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, du *Droit médical*, du *Médecin praticien* et de la *Province médicale*.

Mort de MM. Sizaret et Max Simon.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de deux membres correspondants de la Société : M. le D^r Sizaret, médecin en chef honoraire des aliénés, médecin de l'hospice de Pontorson, père de notre collègue M. le D^r Jules Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes, et M. le D^r Max Simon, médecin en chef honoraire des asiles

d'aliénés. Il adresse à leurs familles, au nom de la Société, l'expression de ses bien vifs regrets.

Rapports de candidature.

M. PACTET.— Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Christian, Dupain et Pactet, de vous présenter un rapport sur les titres scientifiques de M. le Dr Rieder, qui désire devenir membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne des asiles de la Seine, M. Rieder a accompli ses années d'internat à l'asile Sainte-Anne, dans le service de l'admission, et à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Il a eu la bonne fortune de se trouver ainsi au milieu d'un vaste champ d'observation où la multiplicité des cas qui se présentaient à son examen lui permit de se faire sur la généralité des maladies mentales une opinion personnelle basée sur des faits qu'il avait été lui-même en situation de constater.

A l'époque où il fut interne du service de l'admission, M. Magnan professait chaque année un cours de clinique et il collabora d'une façon active à cet enseignement, en mettant tout son soin à recueillir les documents que devait utiliser son maître. Vous connaissez ces leçons dont plusieurs ont été recueillies et publiées par M. Rieder, dans le *Journal des Connaissances médicales*, par exemple.

Bien qu'il se trouvât en possession d'une ample moisson de faits, M. Rieder n'a pas jugé à propos de faire paraître de nombreuses publications personnelles; mais ce serait une erreur de penser qu'il se désintéresse des questions relatives aux aliénés, et je dois dire que j'ai souvent rencontré dans ses conversations des aperçus originaux, marqués au coin de l'observation la plus fine, sur les points délicats de la pathologie mentale. Pour ma part, je serais plutôt porté à le féliciter de sa discrétion et de ce respect trop rare pour la personnalité du lecteur, qui, bien à tort, lui inspirait toujours la crainte que les communications qu'il aurait pu faire n'eussent pas un intérêt suffisant pour mériter de retenir l'attention. Je l'en féliciterais même d'autant plus vivement que cet état d'esprit tend davantage à disparaître et que

nous assistons chaque jour à l'éclosion de travaux qu'inspire plus l'appétit de la notoriété rapide que le désir consciencieux de contribuer à l'extension du domaine scientifique.

Je dois cependant citer un important mémoire que M. Rieder a fait paraître, mémoire couronné par votre Société et qui renferme le résultat de ses recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale.

Dans un premier chapitre, il fait l'historique des résultats acquis, grâce à l'urologie chimique, dans les maladies générales et dans celles du système nerveux. Il y passe en revue les travaux parus tant en France qu'à l'étranger et ce chapitre ne peut manquer d'être consulté avec fruit par tous ceux qui tiennent à se documenter aussi exactement que possible sur cette question.

Le deuxième chapitre est l'exposé de ses recherches personnelles qui ont porté sur six malades. Pensant avec raison que les contradictions que l'on relève chez les différents auteurs résident dans la confusion des périodes de la maladie, il s'est attaché à se mettre dans les conditions les plus favorables pour obtenir des résultats précis, en faisant porter ses recherches exclusivement sur des malades arrivés à la deuxième période de la maladie et soumis à un régime alimentaire identique.

Dans le troisième chapitre, nous trouvons un essai de pathogénie où il passe en revue la genèse des différentes particularités qu'il a assignées aux urines des paralytiques généraux, à savoir : la polyurie, l'abaissement de la densité de l'urine, la diminution de l'excrétion de l'urée, une légère augmentation de l'acide urique, une exagération des rapports de l'acide urique à l'urée, une notable diminution des phosphates, une augmentation considérable des chlorures et l'existence en petite quantité de l'albumine, des peptones et de l'acétone.

Pour lui, la polyurie s'explique par les troubles nerveux vaso-moteurs, l'augmentation des chlorures, par la non-rétention de l'eau dans l'organisme, contrairement à ce qui se passe dans d'autres cachexies ; la diminution des autres principes normaux relève de l'état de cachexie déjà en jeu à la deuxième période de la maladie et, enfin ce sont des lésions locales (infect-

tions secondaires, intoxications) qui sont à l'origine des autres anomalies, en particulier de l'albuminurie. Ses recherches personnelles l'ont conduit à la confirmation des résultats qu'avaient publiés M. Klippel et M. Serveaux dans leurs travaux sur le même sujet.

Messieurs, votre Commission estime qu'en attribuant à M. le D^r Rieder le titre de membre correspondant, la Société médico-psychologique s'attachera un collaborateur des plus distingués, aussi vous demande-t-elle de vouloir bien lui accorder vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Rieder est élu membre correspondant, à l'unanimité des suffrages.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Blin, Joffroy et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le D^r Chardon, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord), qui sollicite le titre de membre correspondant.

Le D^r Chardon fut, au début de ses études médicales, externe des hôpitaux de Lille, puis interne de l'asile d'aliénés d'Armentières de 1887 à 1889. Il choisit pour sujet de sa thèse inaugurale : « L'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales ». Ce travail entrepris sous l'inspiration de son maître, M. le professeur Lemoine, fut très remarqué et obtint une récompense. Il s'agit, dans cette thèse, des troubles psychiques qui apparaissent dans le décours des infections aiguës. Le D^r Chardon étudie d'abord la pathogénie et l'anatomie pathologique; puis, dans un chapitre de symptomatologie, il passe en revue les formes cliniques des maladies mentales, le plus souvent observées consécutivement aux maladies infectieuses. Telles : la syphilis, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la tuberculose, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, la rage, etc. Ainsi, les psychoses des maladies infectieuses aiguës sont le résultat : soit de l'action directe des microbes localisés dans les centres nerveux, soit de l'action des produits sécrétés par les microbes ou toxines, soit de l'auto-intoxication secondaire résultant de l'atteinte des viscères ou de la non-élimination des poisons. Cet ouvrage est utile à consulter et notre distingué collègue, M. le profes-

seur Régis, en fait mention dans son *Précis de psychiatrie* paru il a quelques semaines.

Au concours de 1901, le Dr Chardon fut nommé médecin-adjoint des asiles d'aliénés et installé, en cette qualité, à l'asile d'aliénés de Saint-Venant. Il cumulait cette fonction avec celle de médecin spécial de l'hospice de cette ville. Au mois de mai 1900, notre collègue devient médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine), connu aussi sous le nom de Saint-Méen. Autrefois, sous Louis XIV, il existait aux portes de la ville de Rennes, sur la grand'route de Bretagne, une petite maison de campagne et quelques dépendances, mise par son charitable propriétaire, Guillaume Regnier, à la disposition des malades qui se rendaient en pèlerinage à l'abbaye de Saint-Méen, située à une quarantaine de kilomètres plus loin. Ces pèlerins, des lépreux pour la plupart, sans ressources, car il était de tradition d'effectuer le parcours en état de pauvreté, recevaient là une aumône, des vivres, quelques-uns y passaient la nuit. Par la suite, cette fondation pieuse, accrue par des legs ou des dons, servit de refuge permanent aux malheureux et fut incorporée aux hospices de Rennes. Dès lors, il y eut un encombrement d'incurables, de vénériens, de vieux militaires, d'aliénés. On y retenait même des personnes, de par le Roy, par lettre de cachet. Cet établissement conserva l'appellation populaire de « Saint-Méen » et devint asile départemental d'aliénés en 1850. Il fut agrandi, remanié, et tout récemment des constructions modernes remplacèrent les vieux bâtiments délabrés. Le Dr Chardon prit possession de son nouveau poste de médecin en chef précisément à cette époque où l'on reconstruisait une partie des services généraux, et mit à profit ce renouveau pour installer, de concert avec le médecin-adjoint, notre collègue, le Dr Dide, un laboratoire d'anatomie pathologique et de recherches histologiques. Bientôt après, la Société scientifique et médicale de l'Ouest accueille le Dr Chardon en qualité de membre titulaire. Il continue le cours libre de pathologie mentale à l'Ecole de médecine de Rennes, créée par son prédécesseur. Il est expert auprès de la Cour d'appel.

Le D^r Chardon a publié un certain nombre de travaux en collaboration avec le D^r Dide : Importance du système nerveux dans la pathogénie des aortites chroniques (in *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*); Hallucinations de l'ouïe et lésions du lobe temporal (in *Revue de psychiatrie*, 1902); De l'entérite chronique dans les asiles (in *Revue de psychiatrie*, 1902); Démence précoce à forme paranoïde (in *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'ouest*); Une observation de cystite chronique pseudo-membraneuse secondaire à un fibro-myome utérin chez une aliénée (en collaboration avec le D^r Chênais, interne du service); Quelques troubles du langage chez un paralytique général (in *Annales médico-psychologiques*, 1901); des communications diverses au Congrès de Grenoble en 1902.

Au commencement de l'année 1903, le D^r Chardon quitte Rennes; il est nommé, suivant son désir, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés d'Armen-tières, et revient ainsi chef de service, dans le même asile où, autrefois, il avait été interne. Il retrouve avec sa famille et les compagnons de sa jeunesse, ses premiers maîtres qui le font entrer dans leurs rangs.

Le D^r Chardon s'occupe, dès son arrivée, de l'installation d'un pavillon d'isolement pour les aliénés tuberculeux.

En collaboration avec le D^r Raviart, médecin-adjoint du service, il publie diverses observations dans l'*Echo médical du Nord* : Hémorragie de l'ergot de Morand gauche au cours d'une dothiénenthérie, déviation conjuguée des yeux et de la tête; Paralysie flasque du bras gauche due à un ramollissement cérébral survenu chez un épileptique, examen histologique; Epilepsie et maladies intercurrentes; Cancer de l'ampoule de Vater; De la longue durée de certains cas de paralysie générale, etc.

Messieurs, il est inutile de retenir plus longtemps votre attention. Telle est la carrière médicale, tels sont les travaux présentés par le D^r Chardon à l'appui de sa candidature. Il manque à notre collègue cette consécration scientifique qui s'attache à ceux qui font partie de votre Société. Le D^r Chardon est digne de fréquenter

chez vous. C'est pourquoi je vous prie de vouloir bien ratifier par vos suffrages les propositions de votre Commission qui tendent à décerner à M. le D^r Chardon le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Chardon est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

Enfants martyrs, victimes d'une mère atteinte du délire des persécutions,

par MM. G. DROMARD et LEVASSORT.

La médecine légale psychiatrique ménage parfois des surprises fort déconcertantes, et les cas ne sont pas rares où le délit est en opposition manifeste, non seulement avec les intérêts présumés, mais encore avec les tendances apparentes et les allures générales du délinquant, si bien qu'avant même de discuter de la responsabilité de ce dernier, on serait presque tenté de mettre en doute son identité.

L'observation suivante nous offre ce paradoxe bizarre d'une mère persécutée qui frappe inconsciemment ses enfants, et qui accuse ensuite ses persécuteurs des sévices qu'elle vient d'exercer, si bien qu'elle demande justice en toute sincérité contre des actes dont elle est seule dispensatrice.

La femme P... vivait depuis six ou sept ans avec un homme dont elle avait eu deux enfants. Depuis quelque temps, elle passait auprès de ses voisins pour maltraiter l'aîné et même le plus jeune, âgé de quelques mois seulement. Les propos arrivèrent jusqu'au commissariat de police. Une enquête fut ouverte, et elle eut pour résultat de provoquer la mise en état d'arrestation de la femme P... Celle-ci devint l'objet d'une information judiciaire au cours de laquelle elle fut inculpée de mauvais traitements envers des enfants mineurs. Mais au moment de sa comparution devant le juge d'instruction, ses affirmations furent assez singulières pour éveiller des doutes sur l'intégrité de son état mental. Elle fut dirigée sur l'infirmerie spéciale du dépôt, pour être confiée ultérieurement à l'expertise médico-légale de M. le D^r Legras.

La femme P... est âgée d'une quarantaine d'années. Elle est

de taille moyenne, la physionomie sans expression, le regard terne, la parole traînante et puérile. Elle est affectée de blésité. Le visage est légèrement asymétrique, la voûte palatine manifestement ogivale.

La malade se montre correcte dans son maintien et dans ses propos, autant que peut le permettre son éducation primitive. Elle se prête à l'examen de bonne grâce, et reste convaincue que l'intervention médicale n'a d'autre but que de constater l'état de ses enfants afin d'agir plus sûrement contre les coupables.

L'aspect de l'ainé, âgé de trois ou quatre ans, ne laisse aucune hésitation sur l'existence et sur la nature des traumatismes. Son corps est couvert de contusions superficielles, et il porte au niveau de chaque œil une énorme ecchymose avec tuméfaction descendant sur toute la moitié supérieure de la joue. L'état du plus jeune, âgé d'une dizaine de mois, est moins démonstratif; néanmoins on est en présence d'un enfant malingre et qui paraît souffrir.

La mère se préoccupe beaucoup de leur état. Elle les embrasse, pleure à l'idée de s'en séparer, supplie qu'on les lui rende, et déclare qu'elle ne veut pas les laisser entre les mains de leur père. Ils ont encore besoin des caresses et des sollicitudes d'une mère, dit-elle, et, leur mère disparue, ils seront sans défense contre les méchants qui pénétreraient dans la maison et se livrent sur eux à des actes de violence.

Ainsi, dans l'attitude générale de la femme P..., tout semble indiquer des sentiments de maternité très sincères. Quant aux explications qu'elle fournit pour justifier les traces de coups chez l'enfant, elles peuvent prêter à une double interprétation : ou bien la prévenue cherche à créer de toute pièce une situation pour se disculper, ou bien elle a été le jouet d'une illusion, peut-être même d'un trouble plus profond, d'un état morbide en un mot.

Un examen plus approfondi ne tarde pas à résoudre ce dilemme. Voici en effet ce que la femme P... nous apprend relativement à ses antécédents et à sa vie actuelle.

La prévenue est fille de mère tuberculeuse. Son père fut marié trois fois, et elle est la dernière des quatre enfants issus de ces unions successives.

Personnellement, elle a toujours joui d'une excellente santé et ne s'est jamais livrée à la boisson. Elle a reçu à l'école primaire une très médiocre instruction, et elle a vécu jusqu'en 1892 en fille de campagne. C'est à cette date qu'elle quitta le foyer paternel pour venir à Paris. Alors elle occupa divers emplois de domestique dans la capitale et dans les communes suburbaines. Au cours de ses placements, elle devint la maîtresse

d'un homme dont elle eut un enfant mort-né, puis cet homme l'abandonna pour épouser une jeune fille de la localité. C'était en 1897. A cette époque, l'inculpée commença à s'apercevoir qu'elle était en butte aux méchancetés et aux vilains propos de l'entourage. On la traitait de « prostituée ». Les journaux parlaient d'elle, et, dans un article où il était question de « filles de joie », on faisait allusion à sa propre personnalité, car ce mot de « filles de joie » l'accueillait dans la rue, lancé à tout propos par des passants qui la connaissaient à peine. L'épouse légitime de l'amant disparu ne tarda pas à être soupçonnée comme étant l'agent principal de toutes ces persécutions. Elle la faisait suivre jusqu'au théâtre et lui faisait adresser de sa part des mots orduriers. Les voix lui criaient : « Voilà la saleté! Voilà le fumier! »

Sur ces entrefaites, la femme P... rencontra un nouvel amant, et elle vécut maritalement avec ce dernier jusqu'à l'époque actuelle. Mais ses misères continuèrent. Elle fut sifflée, dans toutes les localités où elle passa, par des hommes qui se regardaient en disant : « C'est elle, l'ancienne fille publique. » Ces hommes, qui appartenaient sans doute à la police, allaient la désigner chez ses maîtres et lui faisaient perdre sa situation. Aujourd'hui, elle vit en ménagère auprès de ses enfants. Alors la bande des persécuteurs ne pouvant plus rien contre elle s'acharne sur ces derniers. Ce sont, à chaque instant, des incursions dans son logement, lorsqu'elle est absente. On a renversé l'enfant au berceau, on lui a déchiré la gorge, on lui a mis dans le nez de l'émail, du papier et des haricots, pour l'empêcher de respirer. Quant à l'aîné, les ecchymoses qu'il porte au niveau des deux yeux sont le résultat des coups de bâton qu'il a reçus dans les mêmes circonstances. On a répandu dans la chambre des crachats et des épingles à profusion dans l'espoir que l'enfant glisserait sur le parquet et se blesserait en tombant.

Dans la bande des persécuteurs, la femme P... distingue particulièrement un « homme rouge » dont elle affirme l'authenticité, prenant en témoignage le récit même de ses enfants. Le plus âgé lui a fait la description du « rouquin » ; il l'aurait même reconnu dans la rue à son allure ébrieuse et à la couleur de sa barbe. Quoi qu'il en soit, il est à retenir que dans l'esprit de la femme P..., les mauvais traitements auxquels ses enfants sont en butte journallement répondent à une persécution exercée contre elle-même dans la personne de ses rejetons. Cette persécution est l'œuvre de policiers, probablement payés par la femme de son premier amant.

Des considérations précédentes, il résulte que la femme P... est bien une malade, et telle est en effet la conclusion émise

par M. le Dr Legras dans son rapport d'expertise. Mais l'explication des traumatismes réels demeure mystérieuse.

L'interrogatoire de l'enfant de trois ans nous laisse dans le même doute. Quand on le questionne sur l'origine des coups qu'il porte aux yeux et à la joue, il répond tantôt « c'est mèmère », tantôt « c'est le taboulu » (« le taboulu » est une expression utilisée par la mère lorsqu'elle caresse son enfant pour le consoler des coups que lui a porté « l'homme rouge »).

Les renseignements fournis par l'amant sont au contraire fort explicites, et l'explication qu'il donne nous ouvre des horizons inattendus. Au dire de cet homme qui vit avec la femme P... depuis plusieurs années, la malade, poussée à bout par ses persécuteurs imaginaires, entre parfois dans des colères violentes. Au cours de ces crises d'excitation, elle injurie les locataires et invective son amant qu'elle accuse de complicité. Il lui est arrivé maintes fois de lui jeter à la face des assiettes, des couteaux ou tous autres objets qu'elle rencontrait sous sa main. La réaction terminée, la femme P... ne paraît plus se souvenir des injures qu'elle a proférées et des coups qu'elle a distribués. L'amant estime qu'en son absence, dans le courant de la journée, elle doit frapper ses enfants dans des circonstances analogues, ce qui ne l'empêche pas de les aimer beaucoup.

La femme P... a donc été reconnue comme l'auteur réel des traumatismes infligés à ses enfants; mais sa qualité de malade la mettant en état d'irresponsabilité, elle a été transférée dans un asile spécial sur les conclusions de l'expert.

Dans cette observation, nous voyons un véritable cercle vicieux s'établir entre les idées délirantes et les réactions de la malade. Cette femme croit que ses enfants sont en butte à de mauvais traitements de la part de ses persécuteurs. Elle s'en irrite, elle s'excite, frappe ses enfants elle-même dans l'égarement de son excitation; puis, la crise passée, elle oublie, et elle trouve dans la trace des coups qu'elle vient de porter inconsciemment de sa propre main le témoignage flagrant d'une intervention malveillante sur sa progéniture. Ce témoignage entretient de nouvelles idées délirantes qui produisent encore des réactions analogues, et ainsi de suite.

La perte du souvenir des sévices exercés par elle-même, chez cette femme qui n'est ni une alcoolique, ni une hystérique, ni une épileptique, doit certes nous intriguer. Cependant, si l'on prend en considération que

cette amnésie suit toujours une crise d'excitation survenant elle-même en tant que réaction émotive, il n'est peut-être pas impossible de l'assimiler jusqu'à un certain point aux ictus amnésiques d'origine émotionnelle chez une dégénérée.

Quoi qu'il en soit, les circonstances que nous venons d'exposer constituent un fait assez rare, croyons-nous, et qui, en l'absence des allégations d'un tiers, pouvait faire dévier ou laisser dans l'ombre toute une partie du problème médico-légal.

DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — Sur six mille dossiers d'enfants dits « martyrs », c'est-à-dire d'enfants qui souffrent d'une façon permanente de mauvais traitements physiques ou moraux, dossiers que j'ai pu consulter en qualité de médecin de l'œuvre du Sauvetage de l'Enfance, je n'ai pas eu l'occasion de relever un seul cas semblable à celui qui vient d'être exposé par MM. Dromard et Levassort.

D'ailleurs, dans ces nombreux dossiers, constitués généralement avec un grand soin par un inspecteur chargé spécialement des enquêtes sur les parents signalés comme martyrisant leurs enfants, j'ai rarement trouvé des indications précises et positives prouvant d'une manière convaincante que l'un des parents ou tous les deux étaient de véritables aliénés, classés ou reconnus comme tels.

J'ajoute, d'autre part, que depuis bientôt dix ans j'ai examiné directement un millier d'enfants recueillis par le Sauvetage de l'Enfance. Sur ce nombre je n'ai pu établir, d'après les résultats de l'enquête faite par l'inspecteur de l'œuvre, que quatre cas d'aliénation mentale proprement dite chez les parents d'enfants dont il s'agit : dans l'un il s'agissait d'une mère atteinte d'épilepsie psychique ; les trois autres concernaient des déliants alcooliques.

Dans aucun de ces cas je n'ai constaté les particularités mentales décrites dans l'observation qui vient d'être relatée.

En ne me fondant donc que sur mes observations personnelles recueillies, dans les conditions que je viens d'indiquer, à l'œuvre du Sauvetage de l'Enfance, je crois que parmi les causes du martyre des enfants la folie proprement dite des parents n'occupe qu'une place tout à fait minime.

J'admets, toutefois, qu'indépendamment de troubles psychiques nettement caractérisés chez les parents, ces derniers présentent très souvent des tares qui sont, cependant, absolument insuffisantes pour les classer parmi ceux qu'il est convenu d'appeler des « aliénés ». Et puisque MM. Dromard et Levassort ont soulevé l'intéressant problème de l'état mental des parents qui se livrent à des mauvais traitements physiques ou moraux sur les enfants, je pourrai apporter à la tribune de notre Société quelques documents qui pourront, je crois, nous aider à comprendre l'étiologie, en réalité très complexe, du martyre des enfants.

Une discussion s'engage ensuite, à laquelle prennent part MM. Doutrebente, Briand, Vallon, Vigouroux, et à la suite de laquelle la Société décide de mettre la question des *enfants martyrs* à son ordre du jour et invite M. Roubinovitch à apporter les documents qu'il possède.

La séance est levée à six heures.

J.-D. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie mentale, publié sous la direction du D^r Gilbert Ballet, par les D^{rs} Anglade, Arnaud, Colin, Dupré, Dutil, Roubinovitch et Vallon. 1 vol. in-8° de 1600 pages avec 215 figures dans le texte et 6 planches en chromolithographie hors texte. Paris, Octave Doin, 1903.

Si l'on veut se faire une idée exacte des progrès faits par la pathologie mentale depuis une quarantaine d'années, ainsi que des modifications subies, durant ce long espace de temps, par cette branche importante de la médecine, il suffit de comparer le volumineux traité sur la matière, qui vient d'être publié sous la direction de M. le D^r Gilbert Ballet, avec ceux, par exemple, de Dagonet et de Marcé, qui parurent en 1862. Cette comparaison est des plus instructives; elle nous apprend que le progrès, en médecine mentale, s'est accompli, non par suppression ou par substitution, mais par addition et surtout par intussusception. Ainsi aucun des chapitres qui se trouvent dans les anciens traités n'a été réellement supprimé; un ou deux à peine ont été démembrés pour reparaître sous des formes nouvelles. Tous se sont considérablement développés et, grâce aux nouvelles acquisitions, ont gagné non seulement en quantité mais aussi en qualité.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans cette étude comparative, c'est de constater où est vraiment l'inédit dans le *Traité* dont nous annonçons la publication. Il est surtout dans deux ou trois chapitres dont on ne trouve aucune trace dans les anciens traités et qui sont consacrés à l'étude des relations des troubles mentaux avec les lésions localisées ou diffuses du système cérébro-spinal, ou encore à la description des délires accompagnant les infections et les auto-intoxications. Là, croyons-nous, il y a eu, en ce dernier tiers de siècle, véritable innovation en médecine mentale, le restant de nos acquisitions n'ayant été que le développement naturel des acquisitions antérieures. Reconnaissons toutefois que ce progrès est considé-

nable, puisqu'il rattache par des liens plus intimes la pathologie mentale à la pathologie interne; qu'il semble avoir jeté comme un pont entre ces deux parties de la pathologie générale, et facilité ainsi les rapports nécessaires qui doivent exister entre elles.

Pour établir l'inventaire de nos connaissances en psychiatrie au commencement du xx^e siècle, M. Gilbert Ballet s'est entouré de collaborateurs, tous favorablement connus dans la spécialité et dont les travaux sont justement estimés. Sans doute, la division du travail nuit parfois à l'harmonie de l'ensemble; mais, pour obvier à cet inconvénient, deux choses suffisent: l'unité de méthode et l'homogénéité de doctrine. D'accord sur la méthode, qui est celle de l'observation clinique avec tous ses moyens auxiliaires, les co-auteurs du nouveau *Traité de pathologie mentale* ne le sont pas moins sur la doctrine qui doit présider aujourd'hui à toutes nos recherches sur ce qu'on appelait naguère les maladies de l'esprit. Cette doctrine, le directeur de la publication l'a magistralement exposée en une page excellente qui mérite d'être reproduite :

« L'esprit n'est pas une entité; si la psychologie l'a longtemps tenu pour tel, c'est en vertu d'une illusion qui nous porte à attribuer à certains phénomènes de conscience, une indépendance que ne justifie pas leur physiologie; aujourd'hui, il ne peut plus être envisagé que comme une expression synthétique qui désigne l'ensemble des fonctions ressortissant à l'écorce du cerveau. Il est presque oiseux de rappeler qu'on ne saurait pas plus concevoir scientifiquement une perception, une volonté, une mémoire indépendantes du fonctionnement de cette écorce, qu'une sécrétion biliaire indépendante du foie, une circulation indépendante du cœur et des vaisseaux. La *pathologie mentale* est donc étroitement subordonnée à la *pathologie du cortex*; elle suppose nécessairement une modification organique, innée ou acquise, transitoire ou durable, de l'un ou de plusieurs des éléments constitutifs des couches du manteau. Qu'il s'agisse d'un trouble circulatoire, d'une altération des plasmas qui baignent les éléments anatomiques, d'un vice dans l'assimilation ou la désassimilation, d'une lésion ou d'un défaut de développement des neurones corticaux, on ne saurait concevoir un trouble mental qui ne relèverait pas d'un changement matériel, connu ou inconnu, dans les conditions qui régissent la nutrition et le fonctionnement de ces neurones. »

Comme tous ses aînés, le nouveau traité de médecine mentale consacre une première partie à la pathologie générale. Après un aperçu — un peu sommaire, à notre gré — sur l'historique et l'évolution de la pathologie mentale, dû à la plume du directeur, M. Anglade étudie l'étiologie générale des affections mentales : il trace des causes de la folie un tableau des plus exacts et aussi complet que possible, passant en revue successivement le terrain psychopathique, produit de legs héréditaires ou d'acquisitions, et les causes déterminantes qui sont d'ordre biologique ou social, ou bien encore qui peuvent être mécaniques, physiques ou pathologiques.

C'est à M. Séglas qu'il appartenait de traiter du diagnostic général et de la séméiologie des affections mentales. Cette partie de l'ouvrage, qui a plus de 200 pages, présente toutes les qualités que nous nous plaisons à reconnaître à notre confrère : connaissances cliniques étendues, vaste érudition, clarté d'exposition. Il semble difficile de décrire avec plus de savoir et de méthode les signes morphologiques, ainsi que les nombreux symptômes somatiques et psychiques de la folie.

Avec le livre II, nous entrons dans le domaine de la pathologie spéciale, par la description de ce que les auteurs appellent les syndromes mentaux et qui sont, outre la manie et la mélancolie, la confusion mentale et le délire aigu. Dans ce livre, ne sont étudiés que les deux premiers de ces syndromes, c'est-à-dire la manie et la mélancolie : la première, par M. Anglade ; la seconde, par MM. Anglade et Gilbert Ballet.

Le livre III est consacré à l'étude des troubles mentaux dans les intoxications et les infections. Après quelques pages de considérations générales, M. Roubinovitch décrit successivement les délires fébriles, les délires des septicémies, le délire de collapsus ; quant au délire aigu et à la confusion mentale qui rentrent dans le même groupe de troubles mentaux, ils font l'objet de deux chapitres distincts dus à la plume expérimentée de M. Anglade. Enfin, après une centaine de pages où M. Roubinovitch nous fait assister aux troubles mentaux des nombreuses intoxications d'origine externe ou interne, dont la plupart sont en quelque sorte de description récente, nous entrons avec M. Arnaud dans le domaine des *vésanies* proprement dites, appelées par l'auteur *psychoses constitutionnelles*. Le livre qui leur est consacré est un des plus longs de l'ouvrage ; il en est aussi un des plus importants par les questions qui y sont traitées et dont la plupart sont loin d'être complètement

résolues. Par les nombreuses discussions de doctrine qu'il soulève, il mériterait un article spécial. Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture ; il n'y a qu'à gagner à l'étude de ces pages qui embrassent la description des formes morbides les plus fréquentes, et aussi les plus intéressantes pour le clinicien et pour le psychologue.

Le livre V est intitulé : « Les névroses envisagées au point de vue des troubles mentaux qu'on y observe ». Le premier chapitre, consacré à l'état mental des hystériques, est dû à la plume si compétente en la matière, de M. H. Colin, dont la thèse sur cette délicate question est bien connue. Puis viennent les chapitres sur la neurasthénie, sur les troubles mentaux dans l'épilepsie, sur les troubles psychiques dans les chorées et sur les troubles psychiques dans la maladie de Parkinson, tous dus à M. Dutil.

Les psychopathies organiques constituent une des parties les plus délicates de la pathologie mentale ; c'est celle aussi qui a reçu les plus amples développements depuis un quart de siècle. Il appartenait à M. Dupré de la traiter, et il l'a fait en clinicien doublé d'un anatomo-pathologiste. Près de deux cents pages sont consacrées à la paralysie générale, et l'on peut dire qu'il était difficile de donner en moins d'espace une description plus complète de cette maladie, en ne laissant de côté aucune des acquisitions les plus récentes de la science sur ce sujet si compréhensif. Nous recommanderons tout particulièrement le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, illustré de planches excellentes, et celui de l'étiologie, cette question si controversée et qui ne semble pas encore complètement résolue.

Après la paralysie générale et à côté d'elle, viennent se placer les troubles psychiques dans les encéphalopathies organiques. M. Dupré étudie successivement les troubles psychiques dans les encéphalopathies à lésions circonscrites, et ceux qui se produisent dans les encéphalopathies à lésions diffuses. Il serait trop long de suivre l'auteur dans les multiples divisions que les nécessités de la clinique l'ont obligé d'établir ; mais on verra, en le lisant, les nombreuses acquisitions que la pathologie mentale a faites dans cette partie, grâce à l'heureuse union de la neurologie et de la psychiatrie.

M. Roubinovitch a été chargé de traiter les trois questions si importantes de l'idiotie, du myxoedème et du crétinisme. Il a rempli cette tâche difficile en s'inspirant des recherches les plus récentes, et en les exposant avec méthode et clarté. Un

deuxième chapitre de pathologie mentale, celui des troubles mentaux dans le goitre exophtalmique est échu à M. Dutil, qui a résumé en quelques pages nos connaissances actuelles sur la matière.

Le livre LX est consacré à la thérapeutique; il est intitulé : « Notions générales sur le traitement des affections mentales », et est dû à M. D. Anglade. Notre savant confrère avait une tâche difficile; il s'en est tiré à son honneur. Il a passé en revue, non seulement les anciens modes de traitement, ceux qui ont fait depuis longtemps leurs preuves, mais aussi les plus récents. Avec une justice qui fait grand honneur à son sens critique et à son savoir personnel, il fait avec soin le départ du bon et du mauvais dans les unes et les autres. Notre arsenal thérapeutique étant limité dans ses richesses, nous avons naturellement une tendance, dès qu'apparaît un nouveau mode de traitement, à en faire une panacée; l'expérience — une expérience souvent prochaine — nous rappelle à la réalité des choses et nous force à reconnaître que ce qu'on croyait applicable à tous les cas, n'était utile que dans quelques-uns et nuisible dans les autres. En nous plaçant à ce point de vue, peut-être aurions-nous à faire des réserves sur certaines conclusions de M. Anglade, à discuter avec lui certaines de ses affirmations; mais nous dépasserions les limites d'un article bibliographique, et il faut savoir se borner.

Le livre dixième et dernier est consacré à la pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire; il a pour auteur M. Ch. Vallon. Notre distingué confrère donne, dans un premier chapitre, un excellent commentaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, en indiquant les modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter et qui s'imposent en quelque sorte au législateur par suite même du progrès de la science et des nouvelles nécessités sociales. Ce chapitre est heureusement complété par un aperçu sur les législations étrangères concernant les aliénés.

Le second chapitre de cette dernière partie traite de la médecine légale des aliénés. Là, M. Vallon était dans son véritable élément. Mettant à profit une expérience déjà longue de médecin légiste, il a écrit des pages d'un vif intérêt sur les diverses phases d'une expertise médico-légale d'un aliéné, sur les difficultés qu'elle peut présenter, sur la manière de rédiger le rapport, etc. Joignant l'exemple au précepte, il a soin d'illustrer son texte de nombreux rapports, soigneusement choisis dans sa riche collection personnelle. Son chapitre devient ainsi

une sorte de clinique médico-légale vivante, d'une lecture agréable, où puiseront d'utiles enseignements et des modèles excellents nos jeunes confrères qui seront appelés à devenir médecins experts près les tribunaux.

Nous ne pouvions avoir la prétention de faire connaître en ces quelques pages tous les mérites de cette œuvre nouvelle qui fait grand honneur à M. Gilbert Ballet, ainsi qu'à tous ses collaborateurs. Tous le bien que nous en dirons ne saurait ajouter au succès incontesté de ce nouveau *Traité de Pathologie mentale*, qui a déjà sa place dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent aux questions médico-psychologiques. Mais qu'il nous soit permis d'exprimer quelques *desiderata* à l'éditeur avisé de ce beau livre qui ne peut manquer d'avoir prochainement une nouvelle édition. L'ouvrage, tel qu'il est, a plutôt le format d'un dictionnaire que d'un traité proprement dit, qu'on ne se contente pas de consulter mais qu'on étudie. Pour rendre l'œuvre plus maniable, pourquoi ne la publierait-on pas en deux volumes? et pour y rendre les recherches plus faciles, n'y aurait-il pas lieu d'y joindre un index, non seulement des auteurs cités, mais aussi des matières traitées? Que M. O. Doin ne voie pas là une critique, mais bien plutôt le désir de voir plus parfait un livre qui est appelé à rendre de réels services à notre spécialité.

ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile de Sainte-Catherine d'Yzeure. Rapport médical et compte moral et administratif pour l'année 1904; par le Dr Petit, directeur-médecin en chef. 42 pages in-8°. Moulins, imp. Fudez frères, 1905.

— Twenty-sixth annual report of the superintendent of Binghamton State hospital at Binghamton N. Y., to the State commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1904. 63 pages in-8°. Albany, 1905.

— Sur le personnel médical dans les asiles publics d'aliénés; par le Dr Lucien Lagriffe. 7 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, juillet 1905.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1906

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 28 décembre 1905, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1906.

Ont été élus :

Président : M. MARCEL BRIAND ;

Vice-président : M. DENY ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires annuels : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ;

Trésorier : M. ANTHEAUME.

Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 mai 1881.

LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.

MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.

MITIVIÉ (Albert), médecin, 19, rue de Bourgogne. — 22 avril 1863.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

- BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.
- BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 10, rue Castéja, Billancourt (Seine). — 29 octobre 1894.
- BOURNEVILLE, médecin honoraire de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 janvier 1860.
- CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CHRISTIAN (Jules), médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 4, boulevard Diderot. — 26 juin 1865.
- COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 février 1892.
- DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUBUISSON (Paul), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 47, rue Saint-Georges. — 26 décembre 1898.
- FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 22, avenue Bugeaud. — 25 juin 1883.
- GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 195, boul. Saint-Germain. — 25 mai 1891.
- KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 novembre 1897.
- KLIFFEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, passage Saulnier. — 26 décembre 1898.
- LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 janvier 1893.
- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.

- MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé - Esquiroi, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), membre de l'Académie de médecine, médecin-directeur de la maison de santé, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 juillet 1898.
- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 avril 1905.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin en chef de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin suppléant de la Salpêtrière, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 15 novembre 1875.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1892.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 mars 1883.
- VIGOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.
- VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 novembre 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

- ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.

- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 4, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris. — 27 novembre 1899.
- BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 juin 1905.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 janvier 1889.
- BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 juin 1892.
- BONNET, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 janvier 1892.
- BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1892.
- BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 mars 1894.
- BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 juin 1897.
- BRETON, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BUVAT, médecin, 23, rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1905.
- CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 janvier 1884.
- CHARDON, médecin en chef-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 novembre 1905.
- CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 juin 1898.
- CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 mars 1903.
- COLOLIAN, médecin, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris. — 27 octobre 1902.
- COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 janvier 1902.
- COMAR, médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 juillet 1902.
- COULON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 30 janvier 1899.
- CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 juin 1879.
- DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 octobre 1868.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1^{er} juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.

- DELAPOSTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 février 1891.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 juillet 1905.
- DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.
- DIDE (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, près de Rennes (Ille-et-Vilaine). — 28 janvier 1901.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 mars 1870.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 novembre 1871.
- DUMAS, médecin, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). — 25 juillet 1905.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 février 1896.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 juin 1897.
- HAMEL, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 28 janvier 1895.
- HANNION, médecin, Nogent-sur-Vernisson (Loiret). — 29 octobre 1894.
- HOSPITAL, médecin en chef honoraire de l'asile Sainte-Marie,

- 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- JUQUELIER, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 29 mai 1905.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 octobre 1878.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LALANNE, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 novembre 1898.
- LAPOINTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 110, rue Denfert-Rochereau, Paris. — 25 juillet 1881.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida de Mayo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LAROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LEROY (Raoul), médecin-adjoint à l'asile d'Évreux (Eure). — 28 mars 1898.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 25 mars 1901.
- MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 janvier 1893.

- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- MIGNOT (Roger), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1905.
- NICOLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PARANT (Victor), fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PEON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PETIT (Gilbert), médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1888.
- PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 mars 1902.
- PHULPIN, médecin, 111, rue de Rennes, Paris. — 29 mai 1905.
- PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, par Montfavet (Vaucluse). — 18 décembre 1905.
- PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PIÉRON (H.), préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 avril 1903.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- PRON, médecin, Joinville (Haute-Marne). — 28 décembre 1903.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 décembre 1888.
- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.

- REY (Ph.), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés. — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIEDER, médecin, 26 bis, avenue Raphaël, Paris. — 27 novembre 1905.
- RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TATY (Th.), chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône). — 26 février 1901.
- TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 décembre 1898.
- THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 31 mars 1890.
- TISSIE (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TOY, médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne). — 25 janvier 1897.
- TRENEL, médecin en chef de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1895.
- TRUELLE, médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 25 novembre 1901.
- VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 novembre 1904.
- VURPAS (Cl.), chef de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 juillet 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 janvier 1900.
- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.

- FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 novembre 1904.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- MÖBIUS, médecin, Leipzig (Saxe). — 26 février 1901.
- MESCHÉDE, ancien professeur de la clinique psychiatrique, Königsberg (Prusse). — 20 juin 1903.
- NÄCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 mars 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.
- ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université d'Iéna. — 22 février 1897.

ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.
- CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grange-gorman, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.
- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
- GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 juin 1902.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.
- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 juin 1895.

- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 février 1901.
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

- HASKOVEC (Ladislav), privat-docent de neuro-pathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 mars 1905.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 mai 1901.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- PILCZ, médecin-adjoint de la 1^{re} clinique psychiatrique de Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- STRANSKY (Erwin), assistant de la 1^{re} clinique psychiatrique de Vienne. — 29 février 1904.

BELGIQUE.

- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- DUCHATEAU, médecin de l'hospice des femmes aliénées, Gand. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspec-

- teur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MASOIN (Paul), médecin à la colonie de Gheel. — 26 février 1901.
- MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 février 1904.
- MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 octobre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
- SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 octobre 1899.
- VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

BRÉSIL.

- AFRANIO PEIXOTO, médecin en chef de l'asile de Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 juin 1889.
- NINA RODRIGUEZ, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia. — 6 juin 1898.
- SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 novembre 1889.
- TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.
- CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 mars 1899.
- VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 novembre 1900.

CHILI.

- BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 mars 1897.

ÉGYPTE.

- HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 octobre 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asylum », Towson, Maryland. — 30 juin 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 novembre 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

ROBINOVITCH (M^{lle} Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaitis, Athènes. — 25 octobre 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68^a, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaitis. — 28 mai 1900.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'intérieur, la Haye. — 27 octobre 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 février 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicomie provincial d'Udine. — 27 juin 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicomie d'Aversa. — 30 mars 1896.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicomie interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 avril 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 juillet 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicomie de Salerne. — 27 juillet 1903.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 novembre 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomie de Sienne. — 29 avril 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicomie provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 novembre 1878.

LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

MARRO (Ant.), médecin du manicomie royal de Turin. — 30 décembre 1901.

MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.

MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 juillet 1902.

MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.

MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.

RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 mars 1882.

SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.

SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.

SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.

- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomie de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomie de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicomie provincial de Ferrare. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI, directeur du manicomie de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 mars 1866.
- VIRGILIO, médecin-directeur du manicomie d'Aversa. — 28 novembre 1881.

PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
- BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.
- MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.
- SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 février 1889.
- INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. — 25 juillet 1904.

ROUMANIE.

- SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.
- VASCHIDE, chef des travaux à l'École des Hautes-Études, Paris. — 25 juin 1900.

RUSSIE.

- BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 juin 1884.
- BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 novembre 1896.

- BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Petersbourg. — 11 novembre 1889.
- DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Petersbourg. — 26 décembre 1898.
- GOBSKY (M^{me} DE), Jounovskaja 38, Saint-Petersbourg. — 29 octobre 1888.
- GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Khar-kow. — 26 novembre 1900.
- HERZOG, médecin, Saint-Petersbourg. — 13 avril 1863.
- JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 décembre 1881.
- KOWALEWSKI, professeur, Saint-Petersbourg. — 31 mai 1886.
- MIERZEJEWSKI, académicien, Saint-Petersbourg. — 28 octobre 1878.
- ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 février 1899.
- POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 octobre 1888.
- ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.
- SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 avril 1902.
- SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 février 1898.
- SOUKHANOFF, privat docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.
- SKWORTZOFF (M^{lle} Nadine). — 25 juillet 1881.

SERBIE.

- VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

SUÈDE ET NORVÈGE.

- BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.
- LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.
- PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 décembre 1884.

SUISSE.

- CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Pré-fargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.

- DUNANT (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.
- GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 février 1899.
- LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 juillet 1884.
- MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université de Genève, médecin-directeur de la Métairie, près Nyon. — 26 février 1895.
- PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 mars 1892.
- RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 février 1899.
- SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 décembre 1898.

TURQUIE.

- CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.
- MONGERI (Luigi), médecin-aliéniste de l'hôpital royal italien, 20, rue Christian, Constantinople. — 30 juillet 1900.

Récapitulation.

Membres honoraires	4
— titulaires	46
— correspondants	111
— associés étrangers	147
Total.	308

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de novembre 1905 : M. le D^r GILBERT-PETIT, directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier), est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, en remplacement de M. le D^r REY, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D^r ALOMBERT-GOGET, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), est nommé directeur médecin de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure;

M. le D^r MONESTIER, médecin-adjoint de l'asile d'Aix-en-

Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé médecin en chef dans le même établissement (poste créé);

M. le Dr DODERO, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône).

NÉCROLOGIE

Dr SIZARET. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche), décédé à Paris, le 3 novembre 1905, dans sa soixante-douzième année.

Charles Sizaret naquit à Nancy, le 21 avril 1834. Il commença ses études médicales à l'École préparatoire de sa ville natale et les termina à la Faculté de Strasbourg. Il y soutint en 1860 sa thèse, sur l'*anesthésie musculaire*, qui fut récompensée par une médaille de bronze.

Notre confrère s'établit d'abord à Epinal; mais sur le conseil de Morel, alors médecin en chef de l'asile de Maréville où Sizaret avait fait une période d'internat, il demanda à entrer dans les asiles et débuta, en 1865, comme médecin-adjoint d'Auxerre. De là il passa à l'asile de Saint-Yon, près Rouen, où il devait retrouver Morel : il y resta jusqu'en juin 1867. A ce moment il fut désigné comme médecin préposé responsable du quartier des aliénés de l'hôpital de Pontorson; il occupa ce poste pendant plus de cinq ans.

En octobre 1872, il fut appelé à diriger l'asile de Dôle (Jura). C'est lui qui fit acheter le domaine de Saint-Ylie, sur lequel fut construit l'asile départemental actuel; il y fit placer les premiers malades, mais ce fut son successeur et ami, le regretté Dr Bécoulet, qui présida à son installation définitive, et il eut la satisfaction d'y voir nommé, en 1897, son fils comme directeur médecin.

En mars 1874, il fut nommé médecin en chef, puis directeur médecin de l'asile de Fains (Meuse); il resta dans ce poste jusqu'en janvier 1876, époque à laquelle il devint médecin en chef de l'asile de Maréville, où il avait débuté comme interne. Il devait rester à ce poste tant désiré pendant près de quinze ans, et ne le quitter que pour se rapprocher de Paris. Il fut, en effet, appelé en 1889 à diriger un des services médicaux de l'asile de Clermont (Oise), où il termina en 1895 sa carrière des asiles publics d'aliénés.

Sizaret qui prenait sa retraite, à peine âgé de soixante et un ans, n'était pas homme à vivre dans l'inaction. A Pontorson, où il avait laissé les meilleurs souvenirs, on fut heureux de le rappeler en quelque sorte à l'activité; on lui offrit de reprendre

la direction du service des aliénés. Il y a laissé la réputation d'un médecin consciencieux, très dévoué à ses malades, de goûts simples, dédaigneux du bruit et de la réclame, heureux des marques de sympathie que lui donnaient ses collègues, ses anciens élèves, tous ceux enfin qui avaient pu apprécier ses rares qualités.

Sizaret a peu publié. En dehors de sa thèse, on ne connaît de lui que quelques articles insérés dans divers périodiques tels que les *Annales médico-psychologiques* et la *Revue médicale de l'Est*. Signalons de lui un mémoire intitulé : *Des inconvénients des dents artificielles chez les aliénés* et une *Note relative à l'emploi de la sonde œsophagienne dans l'alimentation forcée des aliénés*.

Comme tous ses collègues des asiles, Sizaret a eu l'occasion de faire de nombreux rapports de médecine légale : deux d'entre eux ont été insérés dans les *Annales*, remarquables l'un et l'autre par le grand sens clinique et la justesse des vues.

Sizaret, qui a fait son service à Pontorson avec le zèle le plus louable jusqu'à quinze jours avant sa mort, est venu mourir à Paris au milieu de sa nombreuse famille ; il laisse à ses collègues, à ses anciens élèves, à tout ceux qui l'ont connu le souvenir d'un médecin de la probité la plus scrupuleuse dans l'accomplissement de ces devoirs professionnels.

A. R.

D^r P. MAX-SIMON. — Le 23 septembre dernier est décédé à Lyon, où il habitait depuis sa retraite, le D^r Paul-Marie-Maximilien Simon, plus connu dans le monde médical sous le nom abrégé de D^r Max-Simon, que son père, médecin distingué de Rouen, auteur d'un ouvrage estimé de *Déontologie médicale*, avait également porté.

Le D^r Max-Simon, entré dans la médecine mentale sous les auspices du regretté Lunier auquel il avait voué une admiration et une affection profondes, fut successivement médecin des asiles de Dôle, Dijon, Blois et Bron. C'est après avoir occupé à l'asile du Rhône le poste de médecin en chef pendant dix années qu'il prit, pour raison de santé, une retraite anticipée. Il resta néanmoins encore cinq ans médecin inspecteur des asiles privés du Rhône, mais dut finalement résilier ces dernières fonctions.

Membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis 1882, notre confrère était non seulement un médecin aliéniste de haute valeur, mais encore un lettré et un brillant et fin causeur. Il avait beaucoup vu, beaucoup lu et connaissait, par lui-même ou par les récits de son père, sur les hommes et

les choses du XIX^e siècle, une infinité de détails humoristiques qu'il contait avec verve. Aussi, à côté d'ouvrages scientifiques appréciés : *l'Hygiène de l'Esprit*, *Crimes et délits dans la folie*, *le Monde des rêves*, etc., parus pendant sa période d'exercice médical, a-t-il publié, dans ses loisirs des dernières années, toute une série d'essais littéraires écrits dans un style du classique le plus pur. Il a donné successivement : la *Comédie de soi-même*, *Temps passé*, *Dehors*, *l'Histoire interrompue*, recueils d'anecdotes, de réflexions, de souvenirs et de pensées, et une suite de nouvelles réunies sous le titre de : *Les marionnettes de la vie*. C'est dans l'opuscule intitulé *Temps passé* qu'il a condensé ses souvenirs les plus intéressants sur les médecins de son temps et les littérateurs qu'il avait connus, entre autres Flaubert dont il était le compatriote et l'ami. Les journaux médicaux ont fait de fréquents emprunts à ce volume pour leurs articles de *Variétés*.

Le Dr Max-Simon est mort à l'âge de soixante-huit ans, laissant à ses anciens internes le souvenir d'un chef bienveillant et d'un clinicien expérimenté et, à ses amis, celui d'un homme particulièrement aimable et bon.

TH. TATY.

Dr PIERRE ROY. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Pierre Roy, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, décédé dans sa trente et unième année, le 3 novembre 1905, à Créteil (Seine).

Lorsque la maladie qui devait l'emporter si vite interrompit son labeur intelligent et passionné, Pierre Roy venait de se révéler, au Congrès de Rennes, à ceux des médecins aliénistes, ne le connaissant encore que de nom. L'auteur du rapport sur *l'hypochondrie* était tout entier dans son œuvre. Il s'y montrait documenté, précis, lettré, défendant ses idées personnelles, parfois un peu aventureuses, avec une ardeur jeune et communicative ; mais sincèrement respectueux des opinions de ses aînés, il n'intervenait dans la discussion qu'avec une courtoisie parfaite, et nul plus que lui, dans ses écrits ou dans ses paroles, n'avait le souci de faire à chacun la part qui lui était due.

Interne des asiles de la Seine et des hôpitaux de Paris, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, il avait été le collaborateur apprécié et aimé de tous ses maîtres. Il avait publié avec M. Deny une intéressante monographie sur la *démence précoce* (1902) ; avec M. Launois des études remarquables et partout remarquées sur le *gigantisme* (Masson, 1904). C'est de tout son cœur qu'il assistait plus récemment le professeur Joffroy dans l'enseigne-

ment de la psychiatrie. Son activité était prodigieuse. Il collaborait aux *Archives générales de médecine*, aux *Archives de neurologie*, au *Journal de psychologie*. Il apportait encore aux sociétés savantes et à la Société médico-psychologique en particulier des observations minutieuses dont l'exposé provoquait de savants débats. Il était utile à tous ceux qui étaient amenés à profiter de sa généreuse puissance de travail. Il ne faisait de tort qu'à sa propre santé physique, déjà ébranlée après la rude préparation de l'internat des hôpitaux.

En présence des nombreux amis réunis autour du cercueil de Pierre Roy, M. le professeur Joffroy a dit avec une émotion profonde, quelles inquiétudes de chaque jour lui inspirait depuis deux ans la santé fragile de son chef de clinique s'obstinant malgré tout à rester dans la mêlée. Ces inquiétudes que partageaient les parents et les camarades de Pierre Roy n'étaient malheureusement que trop justifiées. Pourtant on voulait espérer encore et la mort a paru cruellement rapide.

Nous avons eu le bonheur de vivre pendant deux années aux côtés de Pierre Roy, au milieu des internes de Saint-Anne et des jeunes médecins-adjoints. Il voulait être l'ami de tous, et tous lui demandaient conseil ; il se dépensait là comme partout, sans compter. Sa disparition si cruelle pour les siens, si pénible pour ses maîtres, si regrettable pour la psychiatrie française, à encore été vivement ressentie par ceux dont il était à peine l'aîné, et qui comptaient dans le proche avenir user et s'honorer de son amitié.

P. JUQUELIER.

Aux obsèques de notre regretté confrère, qui eurent lieu le dimanche 5 novembre, M. le professeur JOFFROY, au nom du service de la clinique, prononça le discours suivant :

« Si pénible qu'il me soit de prendre la parole dans des circonstances aussi douloureuses, je vous demanderai la permission de dire adieu à celui dont j'ai été le dernier maître et de retracer rapidement devant vous cette trop courte existence.

Pierre Roy est d'une famille où le travail et l'intelligence vont de pair, et l'on peut dire que l'amour du travail et l'élévation de l'intelligence étaient chez lui des qualités congénitales. Ses parents ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, aussi n'ont-ils pas hésité à donner à leur enfant cette haute culture intellectuelle qui ne va pas sans de lourds sacrifices. Sachant leur fils capable d'arriver à de hautes destinées, il leur suffisait de jeter un coup d'œil vers l'avenir pour se sentir rassurés. D'ailleurs les succès se suivirent, à l'école d'abord, au lycée ensuite, et plus tard au cours de ses études médicales.

Mais voilà qu'un avertissement terrible est donné : Pierre Roy a une hémoptysie. Tous ceux qui s'intéressent à lui, et déjà ils sont nombreux, s'inquiètent et viennent en aide au jeune étudiant. On l'envoie à Hendaye où il passe un assez long temps pendant lequel sa santé se rétablit d'une manière satisfaisante.

C'est à ce moment que Pierre Roy montra ce qu'il était.

Deux voies s'ouvraient devant lui : l'une, celle de la vie simple, tranquille, obscure, presque inutile ; l'autre, celle de la vie laborieuse, pénible, hasardeuse sans doute, mais devant conduire à la situation ambitionnée dans laquelle il pourrait servir la science et l'humanité. Ce fut cette dernière qu'il choisit.

Pierre Roy pouvait, en effet, cédant à d'amicales instances, rester à Hendaye, s'y créer une situation modeste et tranquille où sa santé refaite ne courrait guère le risque d'une nouvelle atteinte. Il ne voulut pas accepter cette solution.

Il voulut revenir à Paris, reprendre sa place au milieu des combattants et gravir de haute lutte tous les degrés qui le conduiraient à la situation enviée et le placeraient au nombre de ceux qui sont l'honneur de la science.

C'est ce poste de combat qu'il voulut reprendre, sans souci d'une maladie qu'il connaissait bien et qu'il savait prête à l'assaillir de nouveau à la moindre défaillance.

Certains blâmeront peut-être sa décision, je ne suis pas de ce nombre. Sans doute Pierre Roy a succombé dans cette lutte, mais il était de ceux pour qui la vie n'est qu'un moyen d'action, et vivre sans agir eût été pour lui un supplice plus cruel que ne pouvaient être les tortures physiques que lui réservait la maladie.

La première fois que j'ai rencontré Roy, c'était en 1898 au concours de l'internat des asiles de la Seine ; il fut nommé premier.

La même année, il était également nommé interne des hôpitaux.

Quelques années plus tard, en 1903, deux places étaient au concours pour le clinicat des maladies mentales. Il se présenta et fut nommé premier.

Depuis lors, il fut mon collaborateur de chaque jour et je puis dire que j'ai passé ces deux années dans la terreur du malheur qui vient d'arriver. En le voyant petit, maigre, frêle, on ne pouvait en effet se défendre d'un sentiment de crainte pour une santé qu'on devinait si fragile. Mais lui, intelligent, actif, ardent, l'âme haute, prêt à toutes les collaborations généreuses, il allait sans souci de la fatigue et de la fragilité de son corps. Rien ne pouvait l'arrêter dans cette lutte contre la

destinée et il était visible que sa résolution était inébranlablement arrêtée d'arriver de haute lutte au but fixé ou de succomber en route.

C'est ainsi qu'il a lutté jusqu'au jour où la maladie l'a définitivement terrassé et quand, sur son lit de douleur, à Maisons-Laffitte, dans la demeure hospitalière de ses bons amis les D^{rs} Larger, puis récemment à Créteil, dans la petite maison de famille où il a rendu le dernier soupir au milieu des siens, quand je l'ai vu pour les dernières fois, il avait conservé la même attitude de combat et ne songeait, si le mal lui laissait encore quelque répit, qu'à recommencer la lutte.

Telle a été la vie de Pierre Roy.

Chez lui, l'intelligence était élevée, le cœur généreux, l'âme ardente, les sentiments nobles, et ainsi se trouvaient justifiées les hautes ambitions. Mais l'enveloppe était trop fragile, elle s'est brisée et il ne nous reste que l'exemple d'une vie de travail, d'intelligence, de grande bonté et de généreuse humanité.

C'est comme un titre de noblesse pour sa famille si cruellement frappée, pour cette famille avec laquelle je sympathise d'autant plus intimement que le maître a, lui aussi, pour l'élève des sentiments paternels.

Au nom de tout le service de la Clinique des maladies mentales, en mon nom, au nom de ses collègues, au nom de tout le personnel de la clinique, je dis à mon cher élève un dernier adieu et je m'associe au deuil des siens avec la plus douloureuse et la plus profonde sympathie. »

DE L'EXAMEN MENTAL DES INCULPÉS CIRCULAIRE DU MINISTRE DE LA JUSTICE

M. Chaumié, ministre de la Justice, adresse aux procureurs généraux la circulaire suivante au sujet de l'examen mental des inculpés :

« Certains médecins légistes croient avoir rempli suffisamment la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilité « limitée » ou « atténuée ».

« Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprécier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action ; mais son insuffisance tient généralement au défaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

« A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour

justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

« Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.

« Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission rogatoire devra toujours contenir et poser d'office, en toute matière, les deux questions suivantes :

« 1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;

« 2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.

« L'expert dira, en outre... (ici le juge d'instruction spécifiera les points qu'il croira devoir signaler plus particulièrement d'après les résultats de l'information, ou les indications fournies par l'inculpé lui-même, par sa famille ou par son défenseur). »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 12 décembre 1905, sous la présidence de M. Léon Colin.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 francs. — Une mention très honorable est accordée à M. le Dr A. Gaussel, de Montpellier : *Contribution à l'étude pathogénique de la paraplégie du mal de Pott.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des délires chez les épileptiques.* Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr Gimbal, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré.

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Jaquemart, de Paris.

PRIX CLARENS. — 400 francs. — Quatorze mémoires ont été présentés.

L'Académie accorde une mention très honorable à MM. les Drs H. Triboulet, Félix Mathieu, de Paris, et Roger Mignot, de Ville-Evrard : *Traité de l'alcoolisme.*

PRIX DESPORTES. — 1.300 francs. — Dix-sept mémoires ont été présentés.

L'Académie accorde une mention honorable à M. le Dr Tou-

louse, médecin en chef de l'asile de Villejuif : *Ensemble des mémoires concernant la thérapeutique générale et le traitement de l'épilepsie.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Huit mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr O. Crouzon, de Paris : *Des scléroses combinées de la moëlle.*

Des mentions honorables sont accordées à : 1° MM. les Drs Jean Camus et P. Pagniez, de Paris : *Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. Pratique de la rééducation*; 2° M. le Dr Maxime Laignel-Lavastine, de Paris : *Recherches sur le plexus solaire*; 3° M. le Dr Millian, de Paris : *Le liquide céphalo-rachidien.*

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.* Trois manuscrits ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr A. Masselon, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise).

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Sept mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. Emile Lauvrière, professeur agrégé au lycée Charlemagne, Paris : *Edgar Poë, sa vie et son œuvre, étude de psychologie pathologique.*

L'Académie accorde en outre des mentions honorables à : 1° M. le Dr Roger Dupouy, de Paris, ancien interne des asiles de la Seine : *Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication*; 2° M. le Dr Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre : *Assistance des enfants anormaux.*

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1906, 1907 et 1908. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (v. les numéros de janvier 1904, p. 162, et de janvier 1905, p. 166); voici celles proposées pour 1908 :

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *De l'homicide en pathologie mentale.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

BANQUET CHARLES VALLON

Les collègues, les amis, les élèves de M. le D^r Ch. Vallon, ayant décidé de fêter à la fois son retour à la santé et sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur, un objet d'art lui a été offert, au cours d'un banquet qui a eu lieu le lundi 27 novembre, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Jules Claretie, membre de l'Académie française.

Cent convives répondirent à l'appel du comité d'initiative, tous heureux d'apporter à notre excellent collègue leur sincère témoignage d'estime et d'affection. On remarquait parmi eux des membres de l'Académie de médecine, des professeurs de la Faculté de médecine, les médecins de tous les établissements publics et privés d'aliénés du département de la Seine, et, ce qui était surtout très touchant, un grand nombre de médecins des asiles d'aliénés des départements — dont plusieurs venus de très loin. Nous ne citerons aucun nom; car, pour être juste, il faudrait nommer tout le monde et la place nous manque. Mais nous constatons avec joie cette touchante unanimité dans une circonstance heureuse pour l'un des nôtres, car il s'agissait d'une véritable fête de famille.

Félicitons le comité d'initiative de l'admirable organisation de cette fête, du choix excellent de l'œuvre d'art offert à notre collègue. On ne pouvait en effet donner à un médecin, à un savant, un plus beau bronze. Tout le monde connaît et admire la belle statue de Barrias : La nature se découvrant devant la science. La reproduction qui en a été faite par la maison Susse est, elle-même, une œuvre d'art et qui méritait vraiment les applaudissements unanimes de l'assistance lorsqu'elle a été découverte au moment des toasts.

Ces toasts ont été nombreux. M. le D^r Arnaud, médecin-directeur de la maison de santé de Vanves, a parlé au nom du comité d'initiative et des anciens élèves de M. Vallon ; M. le D^r Masbrenier, de Melun, au nom de l'Association amicale des internes et anciens internes des asiles de la Seine ; M. le D^r Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique ; M. le D^r Motet, au nom de la Société de médecine légale ; M. le D^r Drouineau, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, au nom de l'Administration supérieure ; M. le D^r Gilbert Ballet, au nom des anciens amis de M. Vallon ; M. Jules Claretie, de l'Académie française, comme président de banquet.

M. Ch. Vallon a pris la parole, le dernier. En une improvisation d'une émotion contenue et d'une éloquence partant du cœur, il a répondu à chacun des toasts précédents, trouvant toujours la note juste et soulevant des applaudissements unanimes et répétés.

Tous ceux qui ont eu l'heureuse chance d'y assister, n'oublieront jamais cette soirée charmante, présidée par l'amitié, et où l'on a pu constater que la confraternité médicale, qu'on est porté à railler, n'est pas un vain mot. A. R.

Nous croyons devoir reproduire ci-après le discours prononcé par M. le D^r Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

« Cher président et ami,

« Il y a quatre mois, dans l'intimité d'une séance de notre Société médico-psychologique, j'eus la douce satisfaction de vous féliciter de la haute distinction qui venait d'être accordée à vos mérites. Aujourd'hui, en ce jour de fête qui réunit autour de vous tous ceux que vous aimez et qui vous aiment, j'ai de nouveau la bonne fortune d'être le porte-parole de notre Compagnie, de vous présenter une fois de plus nos vœux et nos félicitations.

« Cette Société médico-psychologique qui, depuis plus d'un demi-siècle, a rendu des services si éminents à notre spécialité, nous n'ignorons pas que vous lui portez une affection profonde, faite de dévouement et de reconnaissance. Vous n'oubliez pas que votre vie scientifique s'est en quelque sorte développée sous son égide. Dès les premiers mois de votre internat dans les asiles de la Seine, vous avez compris que la meilleure sanction de votre labeur acharné, vous la trouveriez au milieu de nous, et vous avez ambitionné — ambition légitime — ce prix Esquirol fondé par l'illustre médecin de Charenton pour provoquer une

salutaire émulation parmi les jeunes internes des services d'aliénés. Ce prix, vous l'avez obtenu, en 1880, pour un excellent mémoire modestement intitulé : *Contribution à l'étude du délire partiel*. Le rapporteur de la commission chargée d'examiner votre travail, après l'avoir analysé avec soin, en fait le plus bel éloge en concluant qu'il était heureux d'y avoir trouvé « un cachet individuel et des promesses sérieuses pour l'avenir ».

« Vous n'avez pas démenti cet horoscope. Tous les travaux — et ils sont nombreux — que vous avez publiés, sont en effet marqués d'un « cachet individuel » ; ils sont aussi de la bonne école, de cette école de la stricte observation clinique qui a produit tant d'œuvres fortes et durables. C'est que vous fréquentiez chez les Baillarger, les Falret, les Lasègue, ces maîtres cliniciens, honneur et gloire de la médecine mentale française.

« Je suis convaincu d'évoquer en vous les plus agréables souvenirs en vous rappelant vos deux années de clinicat auprès du tant regretté professeur Ball. Comme tous ceux qui eurent l'heureuse chance de vivre dans son intimité, vous aimiez cet esprit charmant, ce cœur d'élite, savant distingué autant que maître en l'art de bien dire, qui mettait au service de connaissances très variées l'érudition la plus étendue.

« En 1883, vous êtes venu prendre place au milieu de nous comme membre correspondant ; quelques années après, vous étiez élu membre titulaire. Depuis, vous avez assisté à nos séances avec un zèle louable, et pris part à nos discussions avec une compétence incontestée. Ce dévouement aux intérêts de notre Compagnie, nous avons été heureux de le reconnaître en vous appelant au fauteuil présidentiel pour cette année 1905.

« Vous avez une carrière déjà bien remplie, et si vous en avez parcouru les étapes d'un pas allègre et rapide, vous le devez, croyez-moi, aux qualités nombreuses que la fée gracieuse et aimable qui présida à votre naissance vous a largement départies. Je me garderai bien de les énumérer ici, de crainte de froisser votre modestie. Mais permettez-moi d'en rappeler deux qui nous ont particulièrement frappés.

« Vous êtes gratifié d'un heureux optimisme, cette belle qualité des hommes d'action, et je vous en félicite. Cet optimisme vous a été utile en tout temps ; mais quelle influence salutaire il a exercée sur vous et votre entourage dans la période si douloureuse que vous avez traversée il y a un an, et dont nous fêtons ce soir la bienheureuse issue !

« Un autre don que nous goûtons fort en vous est celui de savoir vous faire des amis. L'amitié, ce « noble commerce », selon l'expression de Montaigne, est un besoin de votre cœur, et vous lui avez donné pleine satisfaction. Si vous vous êtes

beaucoup donné, on vous le rend bien, cher ami. Nous l'avons constaté depuis longtemps à la Société médico-psychologique : nous le constatons encore mieux ce soir où notre joie nous paraît d'autant plus douce et plus profonde qu'elle est plus partagée.

« Messieurs, au nom de la Société médico-psychologique dont je suis heureux et fier d'être ici l'interprète, je lève mon verre en l'honneur de son président, et je bois à la santé de mon cher ami Vallon. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

1. *Suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 14 octobre 1905) :

Le sous-brigadier d'octroi Jules Soudry, demeurant rue Cler, à Grenelle, *était atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux qui l'incitaient à des idées de suicide.*

Après plusieurs tentatives infructueuses, il parvenait, il y a quelques jours, à tromper la surveillance dont ses proches l'entouraient et se précipitait dans la Seine, du haut du pont de Grenelle.

Son cadavre a été repêché hier à Boulogne, à la hauteur du pont de fer.

2. *Un officier qui se laisse mourir de faim.* — Des chagrins intimes joints à des embarras d'argent ne tardèrent pas à déranger le cerveau mal équilibré du lieutenant Eugène V., âgé de quarante-six ans, en garnison à Saint-Claude (Jura).

Ses chefs patientèrent longtemps avant de prendre une décision à son égard. Ils espéraient toujours que, grâce à l'affection dont on l'entourait, il reprendrait possession de ses facultés mentales.

Hélas ! il n'en fut rien, et il y a un an on dut le mettre à la retraite avec une pension insignifiante.

Comme bien l'on pense, cette décision l'acheva. Au commencement de ce mois, il vint à Paris avec l'espoir de se faire donner une recette burocratique. Il fut éconduit.

Alors, pris d'un violent accès de désespoir, le lieutenant V. décida d'en finir avec la vie en se laissant mourir de faim à l'hôtel où il était descendu rue Molière.

Mardi dernier, il informa le personnel qu'il ne voulait pas être dérangé dans sa chambre, et à cet effet il se barricada.

C'est en vain que le garçon se présenta pour faire son service.

Le lendemain et le surlendemain, on se heurta au même refus d'ouvrir.

Enfin, hier après-midi, le propriétaire de l'hôtel se décida à aller prévenir M. Egarteler, commissaire de police du quartier du Palais-Royal. Le magistrat fut obligé de faire enfoncer la porte pour pénétrer dans la chambre de l'officier. Celui-ci n'opposa pas la moindre résistance et pour cause... Il était étendu sur son lit depuis trois jours sans avoir pris le moindre aliment. Avec beaucoup de ménagements, le magistrat parvint à lui faire absorber un cordial. Puis il l'emmena en fiacre à son commissariat.

Debout, les mains sur la couture du pantalon, dans l'attitude du soldat au port d'armes, le pauvre dément répondit bien faiblement aux questions qui lui furent posées.

Quand M. Egarteler fut en possession des renseignements indispensables, il fit conduire immédiatement M. Eugène V... à l'infirmerie spéciale, où des soins empressés lui furent aussitôt prodigués. (*Le Matin*, numéro du samedi 14 novembre 1905.)

L'ALCOOLISME, LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET LE SUICIDE DANS L'ARMÉE FRANÇAISE PENDANT L'ANNÉE 1902.

La statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1902 (1) contient d'intéressants renseignements sur l'alcoolisme, les maladies du système nerveux et le suicide dans notre armée, que nous croyons utile de reproduire.

I. ALCOOLISME. — Intérieur. — L'alcoolisme, sous toutes ses formes, a déterminé 80 admissions à l'infirmerie ou à l'hôpital (en 1901, 57), soit 0.17 p. 1.000 hommes d'effectif. On relève, de ce chef, 2 décès, l'un par alcoolisme aigu, l'autre par alcoolisme chronique ; 7 réformes.

Algérie-Tunisie. — On en signale 21 cas (en 1901, 32), soit 0.27 p. 1.000 hommes d'effectif. Il a déterminé 2 décès (1 alcoolisme aigu, 1 alcoolisme chronique) et nécessité 10 réformes.

II. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Intérieur. — On a observé :

1.558 cas de *névralgie* ou *névrite* ;

63 cas de *méningite primitive non tuberculeuse* ;

(1) Ministère de la Guerre. Statistique médicale de l'année 1902 (Exécution de la loi du 22 janvier 1851). 1 vol. in-4°, Imprimerie nationale, 1904.

321 cas d'épilepsie ;

216 cas de *paralysie générale, aliénation mentale, idiotie*.

921 autres maladies du système nerveux, donnant un total de 3.079 maladies de système nerveux, soit 6.3 p. 1.000 hommes d'effectif.

On relève 89 décès, dont 40 pour méningite.

Les *réformes* se sont élevées au chiffre de 972, dont 315 pour épilepsie, 121 pour paralysie générale ou aliénation mentale, 120 p. idiotie.

Algérie-Tunisie. — On a observé :

140 cas de *névralgie* ou *névrite* ;

8 cas de *méningite primitive non tuberculeuse* ;

67 cas d'épilepsie ;

81 cas de *paralysie générale, aliénation mentale* ou *idiotie* ;

146 autres maladies du système nerveux,

au total 442 maladies du système nerveux, soit 5.7 p. 1.000 hommes d'effectif.

On relève 9 décès, dont 6 par méningite.

Les *réformes* se sont élevées au chiffre de 160, dont 59 pour épilepsie, 43 pour aliénation mentale ou paralysie générale, 7 pour idiotie.

III. SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE. — *Intérieur.* —

Le chiffre des suicides, parmi les troupes métropolitaines, a été de 98, correspondant à une mortalité de 0.20 p. 1.000 hommes d'effectif (1900, 0.18 p. 1000 ; 1901, 0.19 p. 1000).

On a relevé, en outre, 44 tentatives de suicide (en 1901, 48).

Algérie-Tunisie. — Le chiffre des suicides a été de 26 en Algérie-Tunisie, soit 0.34 p. 1.000 hommes d'effectif (1900, 0.36 p. 1000 ; 1901, 0.37 p. 1000). En Algérie-Tunisie, les suicides sont, comme d'habitude, près de deux fois plus fréquents qu'en France. Les causes de cette fréquence tiennent principalement à la constitution même des troupes d'Algérie-Tunisie, dont certains éléments présentent constamment une mortalité-suicide exceptionnellement élevée. Le climat et les conditions particulières de la vie militaire en Algérie-Tunisie jouent, sans doute, un rôle important.

Le nombre des tentatives de suicide a été de 19 (en 1901, 10).

Les 68 tentatives de suicide signalées à l'Intérieur ou en Algérie-Tunisie se sont terminées 27 fois par la mort après un traitement quelquefois fort long. Ces 27 décès sont naturellement compris dans les chiffres des suicides.

Le tableau ci-contre fait ressortir la diminution progressive des suicides tant en France qu'en Algérie-Tunisie.

Suicides en France et en Algérie-Tunisie de 1881 à 1902.

ANNÉES	INTÉRIEUR		ALGÉRIE-TUNISIE	
	Chiffres absolus.	Pour 1.000 hommes d'effectif.	Chiffres absolus.	Pour 1.000 hommes d'effectif.
1881-1890.	139.2	0.31	47.9	0.62
1891 . . .	124	0.27	27	0.39
1892 . . .	131	0.29	30	0.44
1893 . . .	124	0.27	41	0.63
1894 . . .	133	0.28	34	0.41
1895 . . .	107	0.22	28	0.39
1896 . . .	118	0.24	29	0.39
1897 . . .	116	0.24	39	0.54
1898 . . .	121	0.22	40	0.56
1899 . . .	127	0.24	31	0.37
1900 . . .	91	0.18	27	0.36
1901 . . .	96	0.19	27	0.37
1902 . . .	98	0.20	26	0.34

En 1902, le chiffre proportionnel des suicides est, chez les *officiers*, de 0.25 p. 1000 (en 1900, 0.45 p. 1000 ; 1901, 0.22 p. 1000).

Chez les *sous-officiers*, de 0.52 p. 1000 (1900, 0.44 p. 1000 ; 1901, 0.41 p. 1000) ;

Chez les *soldats ayant plus d'un an de service*, de 0.18 p. 1000 (1900, 0.16 p. 1000 ; 1901, 0.15 p. 1000) ;

Chez les *soldats ayant moins d'un an de service*, de 0.29 p. 1000 (1900, 0.19 p. 1000 ; 1901, 0.28 p. 1000) ;

Chez les *soldats* des deux catégories, de 0.21 p. 1000 (1900, 0.17 p. 1000 ; 1901, 0.21 p. 1000).

Relativement à la répartition par *arme* :

A l'Intérieur, les compagnies de cavaliers de remonte, les compagnies d'ouvriers d'artillerie et d'artificiers, les sapeurs-pompiers ne fournissent aucun suicide ; chose rare, on n'en relève pas non plus parmi les détenus militaires. Les bataillons de chasseurs à pied en fournissent la proportion la plus élevée, 0.33 p. 1000.

En *Algérie-Tunisie*, les régiments étrangers donnent toujours la mortalité-suicide la plus élevée, 0.60 p. 1000 (1900, 0.93 p. 1000 ; 1901, 1.55 p. 1000).

Comme d'habitude, près de la moitié des suicides observés à l'Intérieur ou en Algérie-Tunisie ont eu lieu par *coup de feu* (51), et plus d'un quart par *pendaison* (35) ; viennent ensuite la *submersion* (17), la *précipitation* d'un lieu élevé (9), etc.

Les causes morales des suicides ne sont connues ou signalées que dans un très petit nombre de cas. Les malheureux qui se laissent aller à cette fatale détermination sont assez souvent des impulsifs ou des dégénérés ; on signale 4 fois des troubles mentaux de divers ordres ; 3 fois de la nostalgie ; 4 fois des raisons de famille, d'ordre privé ; il s'agissait dans 3 cas de militaires en prévention de conseil de guerre pour fautes graves ; dans 3 cas on relève l'influence de l'alcool.

TRIBUNAUX

A propos d'une demande en interdiction. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 12 octobre 1905) :

« M. Th. Funck-Brentano, professeur à l'Ecole des sciences politiques, et M. Frantz Funck-Brentano, son fils, bibliothécaire à l'Arsenal, demandaient hier aux juges de la première chambre du tribunal, présidée par M. Henri Bondoux, de prononcer l'interdiction de M^{me} de Taunenberg, leur fille et sœur.

« M^{me} de Taunenberg a été cette année l'objet d'un certain nombre de plaintes en abus de confiance qui, toutes, à la suite de trois rapports médicaux des D^{rs} Dubuisson, Vallon et Motet, ont été terminées par des ordonnances de non-lieu, M^{me} de Taunenberg ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés mentales.

« L'un des plaignants, M^{me} Delechelle, marchande d'antiquités, qui avait remis à M^{me} de Taunenberg un collier en diamants, que celle-ci ne lui avait jamais rendu, intervient à la demande d'interdiction formée par MM. Th. Funck-Brentano et Frantz Funck-Brentano. M^{me} Delechelle soutient que M^{me} de Taunenberg n'est pas folle. Aussi s'oppose-t-elle à l'interdiction.

« La question de droit soulevée par cette intervention est celle de savoir si le créancier d'une personne démente peut s'opposer à l'interdiction sollicitée par la famille.

« M^e Léon Fleys a soutenu au nom de MM. Th. Funck-Brentano et Frantz Funck-Brentano, que M^{me} Delechelle n'a aucune qualité pour intervenir au procès.

« M^e Ignace se présentera à huitaine prochaine, pour M^{me} Delechelle. »

La première chambre du tribunal civil a rendu son jugement dans cette affaire, le vendredi 3 novembre dernier. M^{me} Delechelle, malgré un excellent plaidoyer de M^e Ignace, a été purement et simplement déboutée de sa demande.

L'affaire de l'asile d'aliénés de Tours. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 18 novembre 1905) :

« Au mois de janvier 1904, un malheureux fou nommé Méchin, interné à l'asile d'aliénés de Tours, fut tué par ses gardiens qui cherchaient à le maîtriser en lui passant la camisole de force.

« La veuve de Méchin, se portant partie civile au procès intenté aux quatre gardiens pour homicide par imprudence, mit en cause M. Pic-Paris, sénateur et maire de Tours, pris en sa qualité de président du conseil d'administration de l'asile, et le tribunal lui accorda 2.000 francs de dommages-intérêts.

« M. Pic-Paris fit appel de cette sentence devant la cour d'Orléans, qui confirma le jugement. Le maire de Tours se pourvut en cassation devant la Cour suprême, qui cassa l'arrêt et renvoya les parties devant la cour d'appel de Bourges.

« Cette dernière vient d'annuler le jugement du tribunal correctionnel de Tours, concernant l'intervention de la partie civile, mais a retenu l'affaire, qui sera jugée au fond le 18 janvier 1906. »

Un simulateur en police correctionnelle. — Hier, à la 10^e chambre, présidée par M. Fournel, en prenant place au banc des prévenus, Debenay a commencé par exécuter une série de grimaces narquoises à l'adresse du public. Après quoi, il s'est tour à tour levé brusquement, prenant le menton du garde municipal de service stupéfait, l'appelant « maman », riant, puis pleurant, sans motifs apparents. Quand le président l'a interrogé, il s'est borné à répondre : « Je veux aller chez maman ! » L'excès même de ces contorsions a rendu le tribunal sceptique, et sans plus en tenir compte, il a procédé à l'examen du dossier.

Au mois d'août dernier, Debenay s'est présenté chez un bijoutier de la rive gauche et l'a prié de venir avec lui chez M. Gordon Bennett, directeur du *New York Herald*, pour lui offrir une paire de boucles d'oreilles et une bague en brillants. Le bijoutier partit avec son courtier occasionnel ; à la porte de M. Gordon Bennett, Debenay se fit remettre les écrins, sous prétexte de les présenter lui-même, fit semblant de monter l'escalier et... s'éclipsa par une double issue.

Pendant l'exposé de l'affaire, Debenay a continué ses excentricités. Mais le président a alors donné lecture d'un rapport médical dressé au cours d'une précédente poursuite, et concluant nettement à l'entière responsabilité du prévenu, qui n'est qu'un simulateur maladroit.

Incontinent, Debenay a cessé ses grimaces. Il a pris une attitude digne et discuté avec une parfaite lucidité les charges relevées contre lui.

Cela n'a pas empêché — au contraire — le tribunal de le condamner à dix-huit mois de prison, qui se confondront avec

une peine antérieurement prononcée pour des faits analogues par le tribunal d'Orléans. (*Le Temps*, numéro du samedi 18 novembre 1905.)

FAITS DIVERS

Interdiction de séances d'hypnotisme. — On lit dans *Le Temps*, numéro du lundi 27 novembre 1905):

« Pickmann, le prestidigitateur et le physicien connu, devait commencer hier soir, à Marseille, une série de séances d'hypnotisme et de suggestion, au grand théâtre de cette ville. Notre correspondant nous apprend que sur l'avis de la commission scientifique et du comité médical, — qui considèrent que ces expériences, d'un genre spécial, ont pour résultat d'éveiller des névroses latentes et d'aggraver parfois des névroses déclarées; — M. Chanot, maire de Marseille, a purement et simplement interdit les représentations annoncées. »

Cet arrêté d'interdiction avait été pris sur l'avis de la commission scientifique et du comité médical — qui considéraient, répétons-le, que les expériences du prestidigitateur Pickmann pouvaient avoir pour résultat d'éveiller des névroses latentes et d'aggraver parfois des névroses déclarées.

Mais, comme nous l'apprend *Le Temps*, dans son numéro du jeudi 30 novembre 1905, « Pickmann n'a pas voulu rester sous le coup de cette mesure et il s'est empressé d'aller protester lui-même auprès du maire, qui l'a reçu, entouré de ses adjoints, dans son cabinet. Le physicien s'est immédiatement livré à une séance d'hypnotisme qui a, paraît-il, prodigieusement intéressé la municipalité phocéenne et qui l'a sans doute incitée à des sentiments plus cléments, car M. Chanot vient de retirer sa décision. Il a autorisé les représentations de Pickmann sous les conditions suivantes : 1° les sujets dont il se servira pour ses représentations ne pourront pas être pris dans le public de la salle; 2° le commissaire central devra connaître préalablement leurs noms; 3° Pickmann ne devra se livrer à aucune suggestion devant franchir les limites de la salle de spectacle. »

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ÉLOGE

DU

D^R JULES FALRET

LU A LA SÉANCE SOLENNELLE

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DU 23 JUIN 1906

Par le D^r Ant. RITTI

Secrétaire général de la Société.

MESSIEURS,

Tous les phénomènes naturels, les plus simples comme les plus complexes, sont [assujettis à des lois. Ce principe général, devenu aujourd'hui lien commun, ne s'implanta dans l'esprit humain que lentement et graduellement. Il ne fut accepté qu'après un long et dur « écolage », comme dirait Montaigne, tant sont tenaces les explications fictives auxquelles s'est complu l'enfance de l'Humanité.

Sur la voie malaisée, mais glorieuse, suivie par la science depuis Thalès jusqu'à nos jours, on suit avec une curiosité passionnée les étapes successives de cet immense labeur intellectuel, à la fois analytique et synthétique, qui fit passer, les uns après les autres, sous le joug de lois, tous les phénomènes observables, tant ceux du monde physique que ceux du monde moral. L'empirisme, ou la simple constatation des faits, fut ainsi banni successivement de tout le domaine du savoir ; car il fallut bien se rendre à l'évidence : un fait des mieux constatés, analysé même avec la plus grande sagacité, ne nous apprend rien, ou peu de chose, dans son isolement ; il n'acquiert une valeur réelle que par ses relations constantes avec d'autres faits. Aussi est-ce avec raison que la découverte de ces relations a toujours été considérée comme le plus grand titre de gloire de l'esprit humain.

L'étude des lois naturelles, si elle nous enseigne l'immuabilité de l'ordre universel, nous permet de prévoir les variations que peuvent subir les phénomènes sous l'influence de circonstances déterminées, et nous apprend, par suite, à les modifier dans la mesure où ils sont modifiables. La prévoyance n'est-elle pas en tout genre la source de l'action ? « Savoir pour prévoir, afin de pourvoir. » En cet admirable axiome, le plus grand philosophe des temps modernes a magistralement formulé le rôle social du savant.

Lorsqu'on scrute l'histoire de l'Humanité, on remarque que partout les arts utiles ont précédé les sciences. La nécessité inéluctable de pourvoir à ses besoins, en mettant l'homme primitif en lutte avec les forces aveugles de la nature, lui donna des notions en quelque sorte inconscientes de leur immutabilité, mais aussi de la possibilité de les faire tourner à son avantage. La médecine fut, à ce point de vue, une excellente école.

La culture de cet art, dont l'origine se perd dans la nuit des mythologies, s'imposait sans retard ; car, suivant un excellent passage de Littré (1), « la maladie, la souffrance étaient là, pressantes, acharnées ; un désir invincible porta les hommes à chercher des secours contre les maux qui les assaillaient, et, comme le dit le vieil Homère, à *composer les doux médicaments qui apaisent les noires douleurs* ».

Les observations s'accumulèrent, se transmirent, et le jour vint où des esprits particulièrement doués surent tirer de ces documents, joints à leur expérience personnelle, des règles pour la pratique et pour l'enseignement. Ces règles sont de véritables inductions, je dirais volontiers des embryons de lois ; elles constituent un ensemble de connaissances médicales non à dédaigner, comme il est aisé de s'en convaincre en lisant les célèbres aphorismes d'Hippocrate, qui furent durant de longs siècles le code des praticiens de tous les pays civilisés.

L'illustre médecin de Cos comprit que de ce savoir, tout incomplet qu'il fût, devaient nécessairement découler des indications permettant de prévoir. « Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance. Pénétrant et exposant, au préalable, près des malades, le présent, le passé et l'avenir de leurs maladies, expliquant ce qu'ils omettent, il gagnera leur confiance ; et, convaincus de la supériorité de ses lumières, ils n'hésiteront pas à se remettre à ses soins. Il traitera aussi d'autant mieux les maladies, qu'il saura, à l'aide de l'état présent, prévoir l'état à venir. » Ainsi s'exprimait le divin vieillard au début de son remarquable livre sur le pronostic (2). En ce préambule

(1) *Médecine et médecins*, 2^e édit. 1 vol. in-12. Paris, 1872, page 350.

(2) Hippocrate. *Œuvres complètes*. Traduction Em. Littré. Tome II, page 111. Paris, 1840.

d'une si haute portée philosophique et morale, il indiquait le but et la méthode générale de la médecine de tous les temps, ainsi que de toutes les parties de la médecine.

Les maladies mentales, malgré leur infinie complexité, n'échappent pas à la règle. Elles ont beau se manifester avec les nuances les plus délicates et les plus variées, se présenter chez des individus de races diverses, d'éducation différente, elles n'en sont pas moins soumises à des lois comme tous les autres phénomènes pathologiques. Là, comme partout, on finit par saisir la constance au sein de la variété et du changement.

Ce principe qui domine aujourd'hui toutes nos recherches est le résultat de l'évolution. Mais s'il est devenu pour nous si clair et si formel, impératif même au point que nous ne saurions plus nous y soustraire, on doit reconnaître cependant que dès la plus haute Antiquité, il fut implicitement, je dirai même inconsciemment, appliqué par les médecins, en dépit des préjugés alors en cours sur la folie.

Il suffit pour s'en convaincre de consulter les travaux historiques de nos savants et regrettés collègues, Ulysse Trélat (1) et Semelaigne (2), qui, avec une patience des plus louables, déponillèrent les archives de la médecine grecque et romaine, pour en extraire tout ce qu'elles contiennent de connaissances sur notre spécialité. La récolte fut abondante et des plus suggestives.

En étudiant ces textes ainsi rapprochés, on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, de la sagacité d'observation de nos grands ancêtres, ou de leur esprit philosophique; car, à côté de descriptions cliniques d'une remarquable

(1) *Recherches historiques sur la folie*. Paris, 1839.

(2) *Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'Antiquité*. Paris, 1869.

exactitude, on est surpris de trouver des inductions partielles, véritables éclairs jetés sur l'avenir, que l'expérience des siècles a confirmées et développées. Tant il est vrai que la raison pratique est le guide le plus assuré de la raison pure, pour employer le langage de l'immortel Kant.

Cette grande école d'aliénistes, à la fois cliniciens et penseurs, eut toujours, dans la suite des temps, ses disciples fidèles et dévoués ; mais, il faut bien le reconnaître, ce n'est qu'au XIX^e siècle qu'elle prit tout son essor en France, grâce à des circonstances sociales particulièrement favorables.

Durant cette période si brillante de l'histoire de notre spécialité, toutes les questions qui s'imposent à notre attention furent abordées avec ce pieux souci de la vérité et du bien public, qui honore à juste titre nos prédécesseurs. Et que de progrès accomplis ! Les problèmes de pathologie mentale, tous d'une rare complexité, furent creusés avec une inlassable curiosité, à l'aide des procédés d'observation les plus divers, et d'importantes découvertes vinrent enrichir notre savoir, qui constituèrent d'utiles jalons pour les découvertes à venir. — Le traitement de la plus cruelle des maladies, trop longtemps esclave d'un étroit empirisme, secoua ce joug intolérable ; basé sur des principes rationnels, il gagne de jour en jour en importance et en efficacité. — L'assistance, ce grand devoir social, est largement et intelligemment dispensée à tous les malheureux blessés de l'intelligence : à la brutale contrainte d'autrefois ont succédé les moyens de douceur et de bienveillance ; grâce à une organisation intérieure très libérale, grâce aussi à de nouveaux procédés thérapeutiques, nos asiles se rapprochent de plus en plus des hôpitaux ordinaires. — La question de l'irresponsabilité criminelle de l'aliéné, jadis si violemment attaquée au nom d'un prétendu

bon sens et qu'on essaya de tuer sous le ridicule, finit, après des luttes vives et ardentes, par s'imposer même aux magistrats les plus routiniers et les plus hostiles. — L'enseignement des maladies mentales, trop longtemps abandonné à l'initiative privée, obtint enfin droit de cité dans nos Facultés de médecine.

Tant et de si importants résultats ne furent pas conquis de haute lutte : il fallut les efforts persévérants de plusieurs générations d'aliénistes qui mirent au service de la plus noble des causes cette douce obstination pour le bien qui a la vertu magique de vaincre les plus vives résistances. Et lorsqu'on passe en revue l'histoire de ces généreux efforts et de ce qu'ils ont produit, qu'on jette un regard curieux sur ce passé en quelque sorte récent, qu'il ne nous est pas permis d'ignorer, on se sent pris d'une sincère admiration pour ces maîtres éminents qui, malgré des difficultés sans nombre, ont créé ce dont nous jouissons aujourd'hui et qu'il est de notre devoir de développer en l'améliorant.

Parmi nos maîtres de la seconde moitié du siècle dernier qui eurent sur l'évolution de nos idées en médecine mentale une influence salutare, il en est un dont la mémoire nous est restée chère entre toutes. Sa vie scientifique fut, en effet, intimement liée à la vie scientifique de notre Société : pendant près de cinquante ans, Jules Falret apporta à ses collègues le résultat de ses recherches et de ses méditations, sous forme de mémoires et de rapports qui provoquèrent, pour la plupart, des discussions mémorables. Fortement imbu de cette idée, que l'amélioration du sort de l'aliéné est intimement liée à une connaissance de plus en plus approfondie des formes morbides dont il peut être atteint, il se fit l'apôtre convaincu de cette notion de loi en pathologie mentale, qui, en nous permettant de prévoir la marche des symptômes, peut nous fournir la possibilité de

l'enrayer, dans la mesure de nos moyens. La passion pour le vrai et le bien dont il était animé et qu'il puisa à bonne source, il savait la rendre communicative par sa parole pressante et ses écrits d'une si lumineuse clarté.

Je voudrais raconter la vie et apprécier les travaux de ce maître vénéré que j'ai beaucoup connu, que j'ai pratiqué pendant des années, et aussi familièrement que ce mot peut convenir à des relations où la déférence — une déférence affectueuse — avait tant de part. Je parlerai de l'homme avec mon cœur, de son œuvre avec toute l'admiration qu'elle m'inspire et que je sens partagée.

Jules-Philippe Falret naquit, le 17 avril 1824, à Vanves, dans la maison de santé fondée par son illustre père avec la collaboration de Félix Voisin. Toute sa longue existence s'écoula dans ce cadre un peu sévère : il y eut ses joies et ses souffrances, y travailla et peina ; il devait s'y endormir de son dernier sommeil, comme pour justifier cette pensée poétique de son père (1) :

Où l'on reçut le jour, il est doux de mourir,
Et près de son berceau l'on aime à s'endormir !

Ce fait est assez rare, surtout à notre époque qui vit naître le mot *déraciné*, pour qu'il vaille la peine de le signaler.

L'éducation première, celle qui importe le plus, laisse d'ordinaire sur l'homme une empreinte ineffaçable. Celle qui fut donnée au jeune Falret devait avoir sur son développement intellectuel et moral la meilleure influence. Son père, qui fut en ce genre comme en d'autres un précurseur, appliqua ses idées novatrices avec une rare ténacité. Sa situation de fortune lui permit de

(1) J.-P. Falret. *Mon Village*. Paris, 1891, p. 20.

donner à l'expérience tentée toute l'ampleur voulue. Ni lycée ni collège, tel était son principe. Toute l'instruction devait être donnée dans la maison paternelle, sous sa haute direction.

Et d'abord, dès cette époque, en pleine Restauration, il comprit la nécessité, pour un homme de science, de connaître à fond les langues étrangères et, en particulier, les langues allemande et anglaise. Pour arriver à ce résultat, il fit ce qui se fait couramment aujourd'hui : il donna à ses fils d'abord une bonne allemande ; puis, plus tard, une bonne anglaise. L'expérience fut concluante : on sait avec quelle facilité notre collègue parlait ces deux langues et de quelle utilité lui fut leur connaissance pour se tenir au courant du mouvement scientifique en Angleterre et en Allemagne.

Avec le temps, vinrent les études plus sérieuses. Placé sous la direction d'un précepteur allemand, connaissant à fond le latin et le grec, le jeune Falret fit de rapides progrès dans ces deux langues anciennes, terreur de tous les écoliers. A l'âge où les enfants annoncent encore leurs rudiments, il lisait couramment les auteurs de l'antiquité grecque et romaine ; mais c'est le grec qu'il cultivait avec le plus d'acharnement, au point qu'il devint un helléniste distingué dont on appréciait le savoir, et aux lumières de qui on faisait volontiers appel.

Au fur et à mesure des besoins de son instruction, des professeurs, choisis parmi les meilleurs, venaient apprendre au jeune Falret les différentes matières enseignées dans les classes des lycées. Jamais élève ne fut plus docile ni plus laborieux ; la vivacité de son intelligence était extraordinaire et son ardeur à s'instruire peu commune. Il allait toujours au delà de ce qu'on demandait de lui, étonnant ses maîtres par son insatiable curiosité. C'est qu'il était de ces esprits, dont

parle Fontenelle (1), « à qui tout ce qui peut être su
« convient, et qu'une grande facilité de compréhension,
« une mémoire heureuse, une lecture continuelle, met-
« tent en état d'apprendre tout... » A de tels esprits,
il n'arrivera pas, « comme à ceux du caractère opposé,
« d'être d'un côté de grands hommes, et de l'autre des
« enfants ».

Malgré l'absence de toute émulation, cette éducation conduite en dehors des voies habituelles devait produire des fruits à tous égards excellents. C'est bien à cette culture de choix qu'il faut attribuer, pour une bonne part, la variété de connaissances et leur profondeur que nous admirions chez notre confrère et qui donnaient tant de charme à ses entretiens.

Le jeune Falret avait seize ans, lorsqu'il eut à subir sa première grande douleur. Il perdit sa mère qu'il adorait, dont l'affectueuse sollicitude tempérait avec une rare délicatesse l'âpreté de ses jours de labeur intellectuel. Fièrre de ses fils, elle suivait passionnément leurs progrès, goûtait avec joie leur amour; dans sa prescience maternelle, elle entrevoyait, selon l'heureuse expression du poète,

..... l'avenir plein de jour et d'espoir
Du front de ses enfants rayonner sur son soir.

Hélas ! ce ne devait être qu'un rêve. Une courte et douloureuse maladie l'emportait au moment même où ceux dont elle avait guidé les premiers pas auraient eu plus que jamais besoin de sa tendresse. Dans toutes les positions sociales et à tout âge, la vie est faite de luttes et de déboires. Le cœur d'une mère possède seul le secret d'en adoucir les pénibles effets.

Jules Falret, doué d'une exquise sensibilité, fut pro-

(1) *Éloge de Boerhaave.*

fondément touché de l'immense perte qu'il venait de faire; sa douleur fut navrante. Un travail acharné, imposé par son père, vint heureusement y faire diversion. L'heure approchait où devait être démontrée publiquement l'excellence de cette instruction donnée exclusivement dans le milieu familial. La démonstration fut éclatante. Le jeune candidat subit les épreuves des deux baccalauréats avec un rare succès.

Muni de ses diplômes, il n'eut pas de longues hésitations sur la voie à suivre; il choisit la carrière médicale, autant pour satisfaire ses goûts personnels que pour déférer au désir de son père. Etudiant modèle, son assiduité exemplaire aux cours et aux cliniques, son labeur acharné et méthodique, ne tardèrent pas à être récompensés : au concours de décembre 1847, — il n'avait pas vingt-quatre ans, — il fut nommé interne des hôpitaux, le vingt-sixième sur quarante et un, immédiatement avant notre savant et regretté collègue Mesnet, son camarade, qui devait rester parmi ses meilleurs amis.

Falret eut naturellement son père pour premier maître en médecine mentale. Par lui il fut initié aux multiples difficultés de l'examen des aliénés, à la signification précise des symptômes si variés qu'ils présentent. Cet enseignement familial le passionna d'autant plus qu'il était à la fois théorique et pratique, l'observation immédiate des malades venant compléter les longs entretiens sur les problèmes si ardu de la psychologie morbide. Peu d'élèves ont eu un terrain clinique à cultiver, plus vaste et plus diversifié : outre les pensionnaires de la Maison de santé de Vanves, au milieu desquels il vivait dans une constante intimité, il étudiait avec une vive curiosité les malheureuses soignées par son père à l'hospice de la Salpêtrière. Sa jeune intelligence se menblait ainsi d'une multitude de

faits et d'idées qui, peu à peu, se classaient dans son cerveau et devaient, plus tard, par l'effet d'une constante méditation, se transformer en un corps de doctrine d'une réelle solidité.

Lorsqu'on étudie l'œuvre d'un homme supérieur, il est du plus haut intérêt de rechercher sous quelles influences elle a été conçue et s'est développée. Les esprits les plus grands, les plus originaux, reçoivent toujours l'empreinte de maîtres dont ils restent les tributaires, alors même qu'ils paraissent le plus s'en séparer. Trois savants, d'une rare distinction et d'un mérite éclatant, exercèrent sur Falret une action incontestable et qui, de son propre avou, fut des plus salutaires. Ils furent ses guides, ils furent ses modèles ; mais il se garda bien d'être leur copiste. Instruit à leur école, il eut assez d'énergie intellectuelle et de force de volonté pour conserver son indépendance. S'il ne suivit pas servilement leur trace, s'il crut pouvoir creuser son sillon propre dans le domaine choisi par lui, il n'en conserva pas moins l'admiration la plus profonde, la plus respectueuse aussi, pour ceux dont les enseignements avaient su lui imprimer cette impulsion première d'où dépend d'ordinaire tout l'avenir intellectuel du jeune homme.

De ces trois maîtres, le plus éminent, comme le plus cher à son cœur, fut son père. Jean-Pierre Falret, esprit net et vigoureux, un des chefs incontestés de cette école de la Salpêtrière qui constitua longtemps une véritable pépinière d'aliénistes, exerça, par la parole et par ses écrits, une influence considérable sur le mouvement scientifique de son époque. A la fois savant et philosophe, il s'appliqua surtout à donner une précision de plus en plus grande aux procédés de recherches applicables à l'étude des maladies mentales. Si par ses découvertes il agrandit le domaine de nos connaissances,

les services qu'il rendit, en se faisant en quelque sorte le logicien de notre spécialité, sont incalculables et méritent de ne pas être oubliés. Dans son enseignement, il avait moins souci des vérités à trouver que de la manière de les trouver, estimant avec raison que pour de jeunes intelligences, les questions de méthode priment toutes les autres. N'est-ce pas, en effet, à cet âge qu'il importe de former, même de perfectionner, l'instrument des recherches futures ?

Parmi les nombreux élèves, assidus à sa clinique, deux surtout se faisaient remarquer par leur verve entraînante, leur insatiable curiosité, leur passion pour la controverse. Le maître, à qui plaisaient leur juvénile ardeur et leur confiance en eux-mêmes, se prit d'affection pour eux ; ils devinrent ses disciples de prédilection. Nourris de fortes études classiques et tout fiers de leurs connaissances psychologiques acquises sur les bancs de l'Université, ils comptaient, de bonne foi, résoudre avec ce faible bagage les problèmes si complexes de la médecine mentale. Comme l'a si excellemment dit mon savant ami M. Motet (1), « leur illusion
« fut de courte durée. S'ils n'avaient pas tout d'abord
« mesuré l'étendue des espaces qu'ils voulaient parcou-
« rir, s'ils avaient aperçu vers de lointains horizons des
« formes indécises qu'ils avaient trop vite caractérisées,
« leur esprit était trop droit et trop juste pour ne pas
« rectifier l'erreur à mesure qu'ils allaient en avant.
« Les faits venaient chaque jour donner un démenti à
« leurs théories séduisantes ; ils s'en aperçurent ; et,
« loin de se décourager en voyant tomber pièce à pièce
« un édifice qu'ils avaient construit sans effort, ils se
« remirent à l'œuvre. Falret leur montra le vrai che-

(1) Motet. *Eloge de Morel*. In *Notices biographiques* (1873-1886). 1 vol. in-12, Paris, 1894, p. 54.

« min; ils demandèrent alors à la clinique ce qu'ils
« avaient cru pouvoir trouver sans elle. Désormais, le
« sol n'était plus mouvant sous leurs pas, ils ne mar-
« chaient plus au hasard, ils n'avaient plus qu'à fécon-
« der par le travail les enseignements que leur appor-
« tait l'examen des aliénés, qu'à mettre à profit les
« leçons de l'expérience ».

Les deux néophytes, qui sont devenus des maîtres illustres et en lesquels, Messieurs, vous avez reconnu Lasègue et Morel, sont donc redevables à Falret père de la méthode scientifique dont ils ont fait un si merveilleux usage. Selon la pente de leurs aptitudes ils ont enrichi le domaine de nos connaissances, créant, l'un des types morbides qui sont restés et dont les descriptions cliniques demeurent pour nous des modèles du genre; l'autre, des synthèses remarquables, qui ouvrirent à la science des voies nouvelles aboutissant pour la plupart à une véritable transformation des idées antérieurement acceptées.

Jules Falret, alors au début de ses études médicales, assistait avec un vif intérêt à ces colloques entre le maître et ses deux disciples. Sans doute le profit qu'il en tira ne fut pas immédiat; mais en écoutant ces discussions sur des problèmes encore au-dessus de sa portée, il se familiarisait peu à peu avec eux; sa curiosité s'éveillait; son esprit critique s'aiguïssait. Il se sentait d'ailleurs attiré vers Lasègue et Morel, autant par leur savoir que par la déférence respectueuse qu'ils montraient pour son père. Ces hommes jeunes, pleins d'ardeur et de talent, qui avaient pour eux l'avenir, « le long espoir et les vastes pensées », il les considérait déjà comme des maîtres, et peu à peu ses relations avec eux devenant de plus en plus intimes, rien d'étonnant qu'avec sa nature expansive il en fit les confidents de ses travaux, de ses espérances.

Les services spirituels ont droit à la gratitude de ceux qui les reçoivent, autant et même plus que les autres. Jules Falret, dont le cœur était à la hauteur de sa grande intelligence, n'oublia jamais ce qu'il devait à ceux qu'il appelait, avec raison, ses maîtres en aliénation mentale ; il en parlait toujours avec une reconnaissance attendrie, et lorsque, arrivé au seuil de la vieillesse, il réunit ses travaux, il les plaça sous l'égide des trois grands esprits qui eurent sur le développement de sa pensée la plus heureuse et la plus puissante influence.

Falret passa les deux premières années de son internat à la Salpêtrière ; il assista, en 1849, à la terrible épidémie de choléra qui décima les pensionnaires ainsi que le personnel de cet immense établissement. Sous la direction de leurs chefs de service, les internes rivalisèrent de zèle et de dévouement ; durant de longs mois ils restèrent tous sur la brèche, luttant pied à pied pour enrayer le redoutable fléau. Lorsque le mal eut enfin cessé ses ravages et que la terreur répandue par lui fut apaisée, le gouvernement songea à distribuer quelques récompenses à ceux qui le combattirent avec tant d'acharnement, au péril de leur vie. Une croix de la Légion d'honneur fut attribuée au corps de l'internat de la Salpêtrière ; tout le monde s'attendait à ce qu'elle fût décernée à Jules Falret, qui s'était particulièrement distingué durant cette épreuve douloureuse. On avait compté sans la rigidité de principes du ministre de l'Intérieur. Ami intime du père, M. Dufaure, en décorant le fils, aurait cru commettre un de ces actes de népotisme qui répugnaient à sa conscience si ferme et si droite : il fit donner la croix à un autre interne, sans doute très méritant aussi ; quant à Jules Falret, il dut attendre vingt-deux ans cette distinction qui venait de lui échapper au moment de l'atteindre. Un pareil excès de scrupule ministériel est rare en tout temps, si l'on

en croit les esprits pessimistes ; il n'en est que plus honorable et digne d'être signalé.

Ses deux années d'internat à la Salpêtrière, qui comptent parmi les meilleures de sa jeunesse laborieuse, passèrent trop vite à son gré. Il quitta avec regret ce milieu si conforme à ses goûts, à ses aptitudes. Son père désirait qu'avant de se spécialiser définitivement, il se livrât à des études de médecine générale, sérieuses et suivies. Cédant à de si sages conseils, il passa le restant de son internat à l'hôpital Necker, où, sous la direction de chefs de service éminents, il acquit cette maîtrise dans l'art médical qui ne s'obtient que par un labeur assidu, grâce aussi à ces qualités d'observation et d'analyse dont il était richement pourvu.

Les années d'apprentissage sont terminées ; une nouvelle période commence, période de production où l'intelligence, mettant en œuvre les documents amassés et l'expérience acquise, doit donner tout son essor, contribuer, dans la mesure de ses moyens, au progrès de la science. Jules Falret ne manqua pas à ce devoir. Sous la forme de mémoires originaux, de revues critiques, surtout de rapports présentés à notre Compagnie, il développa sa pensée sur les plus graves problèmes de la pathologie mentale et nerveuse. Ses idées, si souvent marquées au coin de l'originalité, sont toujours exposées avec une méthode parfaite, en un style d'une remarquable clarté. Demandant à l'érudition tout ce qu'elle peut donner, il fait sa part à chacun de ses prédécesseurs, strictement, équitablement.

Toutes ces qualités, dont l'ensemble forme la caractéristique de son œuvre, on les trouve déjà dans sa première publication. Nous voulons parler de sa thèse de doctorat, soutenue le 30 mai 1853, et qui a pour titre : *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Ce travail d'un débutant fut

accueilli avec une rare faveur par les maîtres en médecine mentale. Parchappe, peu louangeur de sa nature, voulut en rendre compte lui-même dans les *Annales médico-psychologiques*, et il le fit en termes des plus flatteurs. Le sujet traité lui tenant à cœur, il suit pas à pas l'idée de l'auteur, discutant avec lui, mais non aussi longuement qu'il l'aurait désiré ; puis, résumant ses impressions : « Cette esquisse rapide, mais fidèle, « écrit-il (1), permet d'apprécier l'importance de « l'œuvre de M. J. Falret, mais ne suffit pas pour « mettre en évidence toute sa valeur. C'est dans la « thèse elle-même, qui mérite d'être lue et méditée par « tous les aliénistes, qu'il faut chercher les preuves « d'une exactitude d'observation et d'une solidité de « jugement que je me plais à signaler comme dignes « des plus grands éloges. »

Cette appréciation si bienveillante d'un maître tel que Parchappe avait sans doute de quoi flatter notre jeune docteur ; mais il y vit surtout un encouragement au travail, un appel à creuser plus profondément le sujet si difficile qu'il avait choisi pour ses débuts. Il n'était pas homme à se dérober et, à maintes reprises, dans les années qui suivirent, il revint sur les idées-mères de son travail inaugural pour les commenter, les développer, les confirmer par des preuves nouvelles. Ces idées-mères peuvent se résumer en les deux propositions suivantes :

1° Il existe une forme de folie caractérisée non seulement par ses lésions anatomiques et par les phénomènes spéciaux de la paralysie, mais par ses symptômes psychiques et par sa marche ;

2° La paralysie générale peut exister, à titre de symptôme, dans un grand nombre de maladies connues.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1854, t. VI, p. 481.

Ce sont là deux vérités, incontestablement acquises à la science, et Falret a largement contribué à les faire définitivement adopter. S'il acceptait avec l'immense majorité des aliénistes de son temps que la folie paralytique est une forme spéciale de maladie mentale, il s'appliqua, à l'aide de sa puissante faculté d'analyse, à faire nettement ressortir les différences que présente la marche de cette folie à son début. Ces différences, il les rapportait à quatre variétés, caractérisées chacune par un symptôme exclusif et dominant, les variétés *congestive*, *paralytique*, *mélancolique* et *expansive*.

Ces distinctions sont aujourd'hui classiques ; mais il en existe d'autres qui, elles, sont basées sur l'étude de l'évolution complète de la maladie. De là une série de variétés cliniques de la paralysie générale qui ont été peu à peu différenciées par les observateurs et dont Jules Falret a présenté un tableau d'ensemble dans une savante communication faite au Congrès international de médecine mentale de 1878. Il nous présente ainsi successivement la description abrégée de la *paralysie générale progressive, dite sans délire*, puis les variétés *congestive* et *épileptique*, enfin la forme *mélancolique*, et la *manie congestive* de Baillarger.

Ce long et délicat travail de différenciation aboutit à cette conclusion intéressante, très bien formulée par Falret et qui n'a pas cessé d'être vraie, que, « dans « l'individualité morbide appelée aujourd'hui *paralysie* « *générale* et que nous conservons avec les caractères « communs qui lui ont été assignés par nos maîtres, il « convient néanmoins d'établir des distinctions cliniques importantes. Il faut, en un mot, admettre des « variétés dans l'espèce, si l'on ne consent pas à créer « de nouvelles espèces morbides dans un genre plus « étendu ».

Conserver avec soin « l'individualité morbide de la

paralysie générale », différencier nettement cette forme spéciale de maladie mentale des autres affections cérébrales, déterminer par l'étude de la marche de cette forme spéciale les diverses variétés sous lesquelles elle peut se présenter, tels sont les trois points principaux de l'histoire de la méningo-encéphalite diffuse, que notre savant collègue s'est appliqué à éclaircir. On a vu comment il répond au troisième de ces points ; les éclaircissements qu'il donne des deux autres ne sont pas moins importants à connaître.

On connaît la célèbre discussion sur la paralysie générale des aliénés qui se déroula devant la Société médico-psychologique durant les années 1858 et 1859. La lutte fut vive entre les partisans de l'unité et ceux de la dualité de la paralysie générale. Falret se rangea parmi les premiers, à côté de Parchappe. Son discours, d'une argumentation très serrée, et qui est un modèle de discussion scientifique, répond, avec une méthode parfaite, à toutes les objections qui tendraient à ébranler ou à détruire l'opinion que la paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale, « une individualité morbide, caractérisée par ses lésions anatomiques, par ses symptômes physiques, par la spécialité de son délire et par sa marche ».

Pour arriver à d'aussi importants résultats théoriques, le point capital, on pourrait dire essentiel, était une connaissance approfondie des symptômes physiques et mentaux de la maladie ; c'est dans l'étude clinique des malades que se trouvait le nœud du problème. Falret le comprit bien, puisqu'il consacra la meilleure partie de sa thèse inaugurale, ainsi que plusieurs publications ultérieures, à la description très vivante, très minutieuse des symptômes multiples de la paralysie générale. Personne, croyons-nous, n'a mieux fait connaître les caractères du délire qui se manifeste dans

cette affection ; les idées délirantes des paralytiques, selon l'heureuse formule de notre collègue, sont « multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles ». Et poursuivant son analyse, il ajoute : « Dans la folie paralytique, le délire des grandeurs est non seulement spécial par les caractères que lui imprime l'état général de l'intelligence, mais par sa forme même qui, malgré des nuances individuelles secondaires, présente, chez divers paralytiques, une uniformité bien remarquable, par suite de laquelle tous ces malades semblent jetés comme dans le même moule. » Falret insistait volontiers sur cette idée si juste : les individus, de quelque classe de la société qu'ils soient, de la plus basse comme de la plus élevée, lorsqu'ils deviennent paralytiques généraux avec idées de grandeur, présentent les mêmes modalités délirantes. Il racontait à ce sujet l'histoire de ce roi d'un Etat de l'Europe qui, atteint de périencéphalite chronique diffuse, affirmait dans son délire, et avec cet air béat si caractéristique, qu'il était empereur de l'Himalaya. En ce qui concerne la folie et ses manifestations, se trouve donc justifiée la maxime de Montaigne (1) : « Les âmes des empereurs et des savatiers sont jettées à mesme moule. »

Une connaissance aussi intime de la symptomatologie et de la marche de la paralysie générale rendait plus facile la distinction de cette affection des autres maladies accompagnées de symptômes paralytiques. En s'appliquant à ce diagnostic différentiel, J. Falret renforçait sa thèse de l'individualité de la périencéphalite chronique diffuse, puisqu'il éliminait de cette espèce nosologique toutes les affections cérébrales s'accompagnant de paralysie plus ou moins complète

(1) *Essais*. Livre II, ch. XII, Apologie de Raimond Sebond.

des membres, telles que l'hémorragie cérébrale, les ramollissements du cerveau, les méningites, etc. Il s'élevait avec raison contre la confusion qui s'était faite entre ces diverses affections et la paralysie générale proprement dite, confusion due sans doute à l'oubli des quatre caractères assignés par les premiers auteurs à cette paralysie chez les aliénés : « elle est, avaient-ils dit, *générale, incomplète, progressive*, et, dès le début, *accompagnée d'embarras de la parole* ». Partant de cette formule précise, J. Falret pose, pour le diagnostic différentiel, en ce qui se rapporte à la nature de la paralysie, les principes suivants :

1° Toute paralysie qui commence par être partielle, et qui, plus tard seulement, se généralise, n'est pas la folie paralytique ;

2° Il en est de même de toute paralysie qui est complète ou presque complète dès le début, ne serait-ce que dans une partie limitée du corps ;

3° Il en est encore de même de toute paralysie qui, débutant par un point quelconque, par les extrémités des bras et des jambes par exemple, marche de la périphérie vers le centre, et progresse ainsi en étendue, au lieu de progresser en intensité ;

4° Enfin, l'embarras spécial de la parole est indispensable pour caractériser la paralysie des aliénés.

Ces principes posés il y a plus d'un demi-siècle n'ont rien perdu de leur valeur ; appliqués avec discernement, ils rendent encore des services dans certains cas où le clinicien le plus habile hésite dans son diagnostic.

Vous m'excuserez, Messieurs, de m'être étendu un peu longuement sur les travaux que notre savant collègue a consacrés à l'étude de la paralysie générale. Mais, étant presque tous parmi les premiers sortis de sa plume si féconde, ils ont été éclipsés par ses publications ultérieures où sa pensée, encore plus maîtresse

d'elle-même, aborde les problèmes fondamentaux de la médecine mentale, avec cette autorité, cette compétence que procurent une vaste expérience et une méditation prolongée. C'est donc un acte de justice de mettre en relief les vérités utiles, restées classiques pour la plupart, que notre éminent collègue a émises sur la paralysie générale, cette maladie considérée avec raison comme une des plus grandes découvertes médicales du XIX^e siècle.

Il fut un temps qui n'est pas très loin de nous, où la médecine mentale et la médecine nerveuse étaient intimement unies. Depuis, celle-ci, se séparant de sa congénère, a considérablement étendu le champ de ses recherches. Sous l'impulsion de maîtres au puissant génie d'observation, elle a fait découvertes sur découvertes, marchant chaque jour d'un pas plus assuré vers une connaissance plus intime des troubles du plus noble tissu de l'économie. Mais, reconnaissons-le, au milieu de ses plus éclatants succès, elle n'a pas oublié ses origines ; elle se souvient que sur maintes questions, et non des moindres, étudiées avec tant d'ardeur par les neurologistes, ceux-ci eurent les aliénistes pour précurseurs. Aussi je ne les étonnerai pas en rappelant que Falret fut un de ces précurseurs. Son œuvre contient toute une série de mémoires sur des sujets qui sont aujourd'hui moins du domaine de la médecine mentale que de la médecine nerveuse. Ces mémoires, aussi fortement pensés que clairement écrits, où les questions traitées sont soumises à la plus fine analyse, sont parmi les meilleurs que leur auteur ait publiés.

Et d'abord son excellent travail sur la catalepsie, où ce sujet qui prête tant à la controverse est examiné sous ses diverses faces avec un soin minutieux. Après une critique très serrée de quelques observations, Falret arrive à conclure « que l'on a réuni sous le nom de

« *catalepsie* des faits qui diffèrent singulièrement les
« uns des autres, non seulement par l'ensemble de
« leurs symptômes et par leur marche, mais par le
« caractère même qui permet de les rapprocher, et que,
« par conséquent, dans la description que l'on a donnée
« jusqu'ici de cette affection, on a plutôt fait l'histoire
« d'un symptôme que celle d'une maladie ».

L'étude de l'épilepsie, cette énigme irritante de la médecine, doit à notre distingué collègue de savantes contributions dont la plus importante est son mémoire si remarquable sur l'état mental des épileptiques, que des maîtres de notre art n'hésitent pas à qualifier de chef-d'œuvre. Ce jugement est juste et nous le ratifions.

N'est-ce pas, en effet, approcher de la perfection que d'arriver à débrouiller le chaos, à faire de l'ordre avec du désordre? Avant Falret il n'y avait que confusion dans ce qu'on appelait le délire épileptique. Il vint, et aidé de ses puissantes facultés d'analyse, il sut démêler cette confusion, mettre à sa place l'ordre et la clarté. Le procédé employé par lui est celui des naturalistes : il groupe, catégorise les troubles intellectuels des épileptiques selon les diverses conditions dans lesquelles ils se produisent ; puis, après avoir décrit ces troubles avec la plus grande précision, il étudie les relations que présente leur marche avec les symptômes physiques de l'épilepsie.

Il semble superflu de pousser plus loin l'analyse de ce travail qui est dans toutes les mémoires. Et cependant il est impossible de passer sous silence les pages par lesquelles il se termine et où sont tracées d'une façon magistrale les règles à suivre par le médecin légiste dans les situations mentales si différentes où les épileptiques peuvent se présenter à son observation.

Les théories physiologiques de l'épilepsie ont beaucoup varié selon les temps, suivant aussi les préoccupations

pations scientifiques ambiantes. Il y a près d'un demi-siècle, la physiologie expérimentale, se basant sur d'intéressantes expériences de laboratoire, attribua l'accès d'épilepsie à une excitabilité malade soit de la moelle épinière, soit de la moelle allongée. A cette théorie médullaire devait succéder plus tard la théorie cérébrale, corollaire naturel des découvertes si suggestives de David Ferrier, de Fritsch et Hitzig, sur les localisations de la couche corticale du cerveau. Entre les dates d'apparition de ces deux théories se place une revue critique de Falret qui mérite d'être signalée, parce qu'elle fait grand honneur à sa sagacité clinique et à la pénétration de son jugement.

Publiée en 1862, cette étude, après une réfutation très vigoureuse de la théorie médullaire, s'applique à démontrer que le cerveau joue le rôle principal et prédominant dans l'attaque d'épilepsie. La preuve la plus puissante, la plus irréfutable, en faveur de cette thèse, réside dans l'étude des lésions si fréquentes de l'intelligence chez les épileptiques.

Bien longtemps avant les expériences de laboratoire qui avaient créé la théorie de localisations cérébrales et les observations anatomo-cliniques qui l'avaient corroborée, Falret, par le simple examen des malades, était donc arrivé à cette conclusion, que « l'épilepsie est une maladie essentiellement cérébrale », et, comme pour donner plus de force à sa pensée, il ajoutait : « Dans le cas « même où la physiologie moderne démontrerait la « nécessité de faire intervenir la moelle allongée, pour « expliquer, par son action réflexe, la production des « mouvements convulsifs, cette intervention ne pourrait « être que très secondaire, et devrait toujours être « subordonnée à la maladie du cerveau, ainsi qu'on « l'admet du reste pour les autres affections de l'encéphale, qui s'accompagnent également de mouvements

« convulsifs, sans qu'on ait jamais songé à en placer le
« siège dans la moelle allongée. »

Parmi les problèmes de neurologie qui ont le don de passionner ceux qui s'appliquent à les résoudre, il en est un, difficile entre tous, c'est l'aphasie. Falret, qui trouvait là matière à ces fines analyses où il excellait, creusa ce sujet délicat avec une rare ténacité ; il y revint à diverses reprises, apportant chaque fois des faits nouveaux et des arguments plus probants en faveur des idées qui lui étaient chères.

Il serait trop long de suivre pas à pas la pensée du maître, cherchant à élucider cette question dont, plus que personne, il connaissait les difficultés. Il me semble juste cependant de rappeler qu'en 1864, appliquant aux faits d'aphasie connus, le principe de classification, instrument merveilleux dont il se servait avec un rare bonheur, Falret les groupa en trois catégories et, dans la troisième, les séparant des autres, faisait entrer les « cas dans lesquels les malades conservent encore la
« possibilité de prononcer quelques mots toujours les
« mêmes, qui, à l'aide de la mimique, leur servent à
« exprimer leurs pensées, mais ont perdu la faculté de
« lire, d'écrire et de répéter les mots prononcés devant
« eux ». Voilà, croyons-nous, nettement détachés des autres formes d'aphasie, ces faits si curieux de troubles du langage classés depuis sous les vocables d'alexie, d'agraphie, etc.

Avec cette pointe d'humour dont il émaillait sa conversation, surtout lorsqu'il parlait de lui-même, Jules Falret se plaisait à rappeler que si le mot est le symbole de l'idée, il est aussi le véhicule de toute découverte. A-t-on quelque chose de nouveau à faire connaître, l'essentiel est de lui trouver une étiquette voyante, fût-elle renouvelée des Grecs. En parlant ainsi, peut-être faisait-il un retour sur lui-même. Sachant du grec plus

qu'homme de France, il lui appartenait de créer ces vocables qui, mettant mieux en relief ses travaux, leur auraient assuré cette priorité à laquelle ils ont droit.

Falret fut élu membre titulaire de la Société médico-psychologique le 27 mars 1854. Pendant près d'un demi-siècle il donna un exemple rare d'assiduité à nos séances, suivant avec attention nos débats, y prenant part avec cette autorité que lui avaient acquise son grand savoir et sa vaste expérience. Il avait le souci le plus vif des intérêts et du bon renom de notre Compagnie; il estimait avec raison que rien de ce qui touche notre spécialité ne devait lui être inconnu; il aurait désiré pour elle le rôle de conseiller des pouvoirs publics, que sa voix fût écoutée dans toutes les questions concernant la médecine mentale. Aussi déployait-il la plus grande activité pour provoquer des discussions sur les problèmes théoriques et pratiques qui nous divisent le plus, convaincu que de ce heurt d'opinions contraires devait sortir, sinon la vérité entière, du moins des parcelles de vérités.

Il excellait surtout — ce qui est essentiel dans tout débat — à bien poser la question, à en faire ressortir d'une part les points définitivement acquis et de l'autre les côtés faibles, insuffisamment étudiés. Vous connaissez tous, Messieurs, ces rapports si remarquables qui furent le point de départ de discussions célèbres, où l'on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, de la science profonde ou de la clarté d'exposition.

Le premier entre tous, celui dont on peut dire que, pour un coup d'essai, ce fut un coup de maître, est ce mémoire d'une si haute portée philosophique intitulé : « Principes à suivre dans la classification des maladies mentales. » Dès les premières lignes sont exposés sans ambages la raison et le but du travail. « Certaines personnes, à l'époque actuelle, y est-il dit, sont dispo-

« sées à nier l'utilité des classifications et à les consi-
 « dérer comme une œuvre stérile, qui nuit plus qu'elle
 « ne sert à l'avancement de la science. Parler ainsi, c'est
 « nier la nature essentielle de l'esprit humain et la
 « tendance instinctive qui le porte, malgré lui, à rap-
 « procher les faits par leurs analogies, à les séparer par
 « leurs différences, et qui l'oblige impérieusement à
 « rechercher les lois générales, propres à lui servir de
 « guide au milieu de la multiplicité des faits parti-
 « culiers. »

Cette idée de loi naturelle, qui implique la constance dans la variété, paraît au premier abord contradictoire quand il s'agit de phénomènes aussi capricieux en apparence que ceux de la médecine mentale. Nous avons déjà vu qu'il n'en était rien, et que même en ce domaine où la complexité semble le disputer à l'incohérence, il existe en réalité « des relations fixes, invariables, per-
 « manentes, liant la diversité des phénomènes à celle
 « des circonstances et permettant de conclure, de pré-
 « voir l'une d'après l'autre » (1). Sans doute, en ce cas particulier, la découverte de ces relations est hérissée de difficultés ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour en nier l'existence. Le médecin aliéniste, quelque habile praticien qu'il soit, ne ferait guère œuvre de science si, se cantonnant dans un pur empirisme, il renonçait à connaître les lois auxquelles sont assujettis les phénomènes qu'il étudie.

Les grands penseurs à qui nous devons la philosophie des sciences enseignent qu'il existe deux sortes de lois : les lois de succession ou d'évolution, et les lois dites de similitude. Les unes et les autres s'appliquent à la pathologie de l'esprit, et leur connaissance de plus en

(1) C. de Blignières. *Exposition abrégée et populaire de la philosophie et de la religion positives*. 1 vol. in-12, Paris, 1857, p. 80.

plus intime, permettant de constituer des types morbides mieux définis, facilitera le moyen d'édifier enfin une classification naturelle des multiples formes de la folie.

C'est bien ce que pensait Falret père, lorsque, dans l'introduction magistrale à son grand ouvrage, il écrivait ces lignes si suggestives (1) : « Ce qu'il faudrait
« surtout rechercher, ce serait la marche et les diverses
« périodes des espèces véritables de maladies mentales,
« encore inconnues jusqu'à ce jour, mais que l'étude
« attentive des phases successives de ces affections
« permettra de découvrir. L'idée de forme naturelle
« implique en effet celle d'une marche déterminée, et
« réciproquement l'idée d'une marche possible à prévoir
« suppose l'existence d'une espèce naturelle de maladie,
« ayant son évolution. Là réside, selon nous, le progrès
« le plus considérable à accomplir dans notre spécia-
« lité. »

Ces lignes sont tout un programme que Jules Falret tint à honneur de développer et d'appliquer. S'inspirant de ce principe général, première fonction de notre entendement : « Chercher la *similitude* dans des phénomènes différents, la *constance* dans leur succession (2) », il pose les trois règles suivantes qui doivent présider à la création des espèces morbides et à leur groupement :

« 1° La classe doit reposer sur un ensemble de
« caractères appartenant à tous les faits qui y sont
« compris, et non sur un seul caractère servant à rap-
« procher artificiellement les faits les plus dissembla-
« bles sous d'autres rapports.

« 2° Ces caractères doivent être subordonnés et
« hiérarchisés, de telle façon qu'en indiquant le carac-

(1) J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. 1 vol. in-8°, Paris, 1864. Introduction, p. XXVII.

(2) Pierre Laffitte. *Cours de philosophie première*. Tome I, p. 184. Paris, 1889.

« tère le plus important, on puisse faire deviner ou
« supposer l'existence de presque tous les autres.

« 3° Les faits réunis dans une même classe doivent
« non seulement présenter, à un moment donné, un
« ensemble de caractères communs qui les rapprochent
« et de caractères différentiels qui les distinguent des
« classes voisines ; ils doivent encore se succéder dans
« un ordre déterminé à l'avance, avoir un mode de suc-
« cession possible à prévoir, en un mot, une évolution
« qui leur soit propre. »

Ces règles générales, dont on ne saurait méconnaître la haute valeur scientifique, Falret s'efforça de les mettre en pratique ; il en démontra la fécondité par des applications heureuses dont la science a profité.

Parmi les formes morbides qui ont été nettement séparées de celles admises par les premiers manigraphes, il en est une qui par sa symptomatologie si caractéristique et surtout par son évolution constitue une forme naturelle. Il s'agit de cette espèce de maladie mentale décrite par Falret père sous le nom de *folie circulaire* et par Baillarger sous celui de *folie à double forme*. Les aliénés atteints de cette affection et qui sont plus nombreux qu'on ne le croit généralement, se distinguent par l'alternative régulière d'un état de dépression mélancolique et d'un état d'exaltation maniaque, enfin par des intervalles lucides qui se produisent, soit entre les deux périodes de la maladie, soit — ce qui est plus fréquent. — après la révolution complète d'un cycle morbide. La marche particulière et si curieuse de cette affection peut être considérée comme fatale ; il est extrêmement rare, en effet, qu'une fois l'alternance constituée, les malades ne tournent pas dans le même cercle pathologique pendant de longues années, jusqu'à l'extrême vieillesse, jusqu'à la mort.

Cette folie circulaire est certes l'exemple qui illustre

le mieux les idées chères à notre collègue ; aussi aimait-il à le citer comme le modèle de ce que devraient être les espèces morbides à créer. Ce modèle, il l'étudiait sans cesse pour le perfectionner. Après son père, après Baillarger, qui avaient, l'un et l'autre, creusé le sujet très avant, il sut encore trouver des aperçus nouveaux qu'il consigna dans une courte mais substantielle monographie, document du plus haut intérêt, bon à consulter dans le débat toujours ouvert sur cette grande classe des psychoses périodiques, dont la folie à double forme n'est qu'une variété.

Un exemple non moins frappant de la fécondité du principe de l'évolution, appliqué à l'étude des maladies mentales, est le délire de persécution que notre tant regretté maître Lasègue détacha du groupe beaucoup trop vaste et trop compréhensif de la mélancolie, telle que la décrivaient Pinel et Esquirol, pour en constituer une forme distincte et nettement délimitée. Mais Lasègue qui analyse avec un rare talent de psychologue la genèse et le développement de ce délire, ne connaît de la maladie que les phases du début. Une étude plus prolongée des persécutés permet de constater qu'ils ne restent pas absolument semblables à eux-mêmes, qu'ils se modifient avec le temps et augmentent leur système délirant ; il se produit chez eux une évolution plus complexe, plus lente et plus longue aussi qu'on pourrait le supposer. Falret, s'aidant de sa propre expérience et des travaux de ses contemporains, traça de cette évolution un tableau magistral. Il lui assigna quatre périodes, d'une durée plus ou moins prolongée : la première est celle des interprétations délirantes ; la deuxième, celle de l'hallucination de l'ouïe, ou période d'état ; la troisième, celle des troubles de la sensibilité générale ; la quatrième, enfin, est la période stéréotypée, ou de délire ambitieux.

Cet enchaînement, en quelque sorte logique, des phénomènes pathologiques, répond à l'observation des faits; il constitue une véritable loi, qui régit non seulement le délire de persécution proprement dit, mais encore d'autres formes délirantes tendant à la systématisation. Ainsi se trouve constituée une classe de maladies mentales qu'on peut dénommer avec toute raison les psychoses systématiques progressives.

Je sais qu'on reproche à Falret d'avoir omis la démence terminale dans son tableau de l'évolution du délire de persécution; mais à cette objection, il répondait que les persécutés, même arrivés à la période ultime de leur affection, ne perdent pas la mémoire, se rappellent très bien les faits de leur vie passée, peuvent causer sur toute espèce de sujets; bien différents de ces déments vésaniques, véritables loques humaines, se vautrant dans la fange, mangeant gloutonnement et ne répondant, lorsqu'on leur parle, que par de sourds grognements.

« Ainsi que la vertu, le crime a ses degrés », a dit le poète. En serait-il de même de la démence? et, elle aussi, aurait-elle ses degrés? Peut-être. Mais, pour bien apprécier le plus ou moins d'intensité d'un état mental, l'important n'est-il pas de le définir? L'accord sur le point en litige aurait quelque chance de se faire si l'on s'entendait sur une définition exacte du terme *démence*. C'est le cas de rappeler le mot de d'Alembert (1) : « Qu'on s'épargnerait de questions et de peines, si on « déterminait enfin la signification des mots d'une « manière nette et précise! »

La folie raisonnante a longtemps exercé la sagacité,

(1) Discours préliminaire de l'Encyclopédie. In *Mélanges de littérature, d'histoire et de philosophie*. Nouvelle édition. Amsterdam, 1770, t. I, p. 67.

même la patience des médecins aliénistes ; mais plus on creusait ce sujet, « divers et ondoyant », moins on parvenait à s'entendre. C'est que la méthode généralement employée était mauvaise : on demandait à une psychologie surannée et à une vague métaphysique la solution d'un problème, qui relève exclusivement de l'observation clinique. En se servant des résultats de cette observation et les soumettant à ce procédé de groupement qu'il maniait avec tant de dextérité, Falret démontra, dans deux communications du plus haut intérêt, faites à la Société médico-psychologique, que la folie raisonnante ou folie morale n'existait pas en réalité comme forme distincte de maladie mentale ; que, telle qu'elle était décrite, elle n'était qu'une réunion artificielle et provisoire de faits disparates, appartenant à des catégories différentes. Et comme preuve de l'exactitude de son assertion, il détacha successivement de ce bloc informe l'exaltation maniaque qui n'est qu'une des phases de l'accès de folie à double forme ; la période prodromique de la paralysie générale, confondue si souvent avec la folie raisonnante ; la folie hystérique ; l'hypocondrie morale avec conscience ; enfin, cette forme si curieuse d'aliénation partielle, appelée folie du doute avec délire du toucher. Les descriptions si saisissantes de vie et de vérité que notre confrère donne de ces diverses variétés de folie, sont présentes à toutes les mémoires : en quelques phrases qui peignent, il met en relief les caractères essentiels, délirants ou autres, qui permettent de les diversifier, en même temps que de les reconnaître.

Mais ce qui est non moins intéressant que la partie purement clinique de son travail, ce sont les considérations médico-légales qu'il en tire et qui sont conformes à ses principes sur l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés devant la justice. « Tout individu, « reconnu aliéné, pensait notre collègue, quelle que soit

« d'ailleurs la forme ou le degré de son délire, doit être
« exonéré de toute responsabilité, soit civile, soit crimi-
« nelle. » C'était se poser en adversaire résolu des
partisans de la responsabilité partielle des aliénés, qui
étaient alors et sont encore nombreux.

Quoique de nature peu combative, Falret défendit
avec une grande énergie et une rare puissance de dia-
lectique son opinion, qu'il considérait avec raison comme
le principe fondamental de la médecine légale des alié-
nés. Il saisissait toutes les occasions, en faisait même
naître, pour pouvoir exposer ses idées sur ce sujet de
prédilection. Que de fois il prit la parole dans nos
séances, parole ardente et convaincue, faite pour entraî-
ner l'assentiment de l'auditoire !

Mais c'est dans son très remarquable article du *Dic-
tionnaire de Dechambre*, sur la responsabilité légale
des aliénés, qu'il développa sa pensée dans toute son
ampleur, et d'une façon dogmatique. En ce travail
excellent qui n'a rien perdu de son actualité, on trouve
Falret tout entier, avec sa vaste érudition, son esprit
méthodique, sa connaissance approfondie de l'aliéné,
son argumentation serrée, son style simple mais entraî-
nant. Pour qui se destine à la carrière de médecin lé-
giste, si pleine de difficultés et d'embûches, il n'est pas
de meilleur guide. En ces pages d'une si belle clarté,
d'une raison si saine et si droite, les préceptes abon-
dent, qui indiquent les écueils à éviter, la voie à suivre
pour arriver à la vérité.

Un de ces écueils à éviter, était, pour lui, la respon-
sabilité partielle qui conduit l'observateur à des « dis-
tinctions flottantes basées souvent sur des degrés sou-
vent inappréciables » ; la voie à suivre, c'est l'applica-
tion « d'un critérium fixe, inébranlable, facile à saisir »,
et ce critérium net et précis est celui de la maladie.
« Le médecin expert, chargé par la justice d'examiner

« un individu soupçonné de folie et accusé d'un acte dit
« criminel, n'a donc, selon Falret, qu'une seule question
« à décider : Cet individu était-il aliéné, et partant
« irresponsable, au moment où il a accompli l'acte
« incriminé ? » Lui demander davantage, ce serait ouvrir la porte à toutes les discussions, à toutes les contestations possibles, et ces contestations, il les résume en une série d'interrogations de plus en plus pressantes, qui sont comme autant de flèches transperçant les arguments adverses.

« Comment limiter exactement, s'écrie-t-il, la sphère
« dans laquelle s'exerce le délire ? Comment affirmer
« que tel acte, accompli dans tel moment, est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte, commis au même instant, doit être attribué à une impulsion malade ?
« Comment fragmenter ainsi l'âme humaine et faire
« deux parts distinctes dans ce qu'il y a de plus indivisible chez l'homme, sa personnalité, son libre arbitre, sa responsabilité ? Comment le punir en même temps pour certains actes et l'absoudre pour certains autres ? Qui pourrait prétendre apprécier avec certitude ce qui se passe dans l'intimité même de la conscience, en dehors de tout témoin intérieur ou extérieur ? Qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade à l'action et le degré de résistance qu'il a pu y opposer ? Qui a la prétention de posséder un *phrénomètre*, c'est-à-dire un instrument assez précis, assez rigoureux pour calculer avec exactitude, dans cette statique intellectuelle et morale, dans ce mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives, la puissance des forces d'impulsion et le contre-poids exercé par les forces de résistance, et pour indiquer avec vérité de quel côté se trouve la résultante de toutes ces forces

« combinées agissant simultanément, c'est-à-dire l'acte
« accompli ? Qui pourrait déterminer s'il a été le pro-
duit de la décision libre de l'individu, ou bien, au
« contraire, s'il a eu lieu malgré lui et à son insu, par
« suite d'une impulsion malade supérieure à sa vo-
« lonté ? Cette mensuration exacte des forces psychiques
« et de leurs résultats est tout simplement impossible.
« Ceux qui tentent de la réaliser, médecins ou magis-
« trats, livrent sa solution au hasard et à l'arbitraire
« des appréciations individuelles, variables selon les
« moments et selon les circonstances. Et c'est à l'aide
« de cette appréciation arbitraire, si sujette à l'erreur
« et sans critérium certain, que l'on voudrait décider de
« la vie ou de l'honneur des individus et de leurs fa-
« milles ! »

Cette page éloquente du maître vénéré méritait d'être reproduite ; elle atteste sa manière incisive, son argumentation serrée qui ne laisse aucune place au doute, sa conviction ardente qui accumule les preuves et sollicite l'adhésion.

Les diverses parties de la médecine mentale ont toutes un tel rapport et un tel enchaînement l'une avec l'autre, qu'on ne comprend pas l'une sans l'autre et sans le tout. Mais le point culminant, essentiel, de ce tout, est une connaissance de plus en plus intime des malades confiés à nos soins ; de cette connaissance découle tout le reste : et le traitement, et la médecine légale, et les meilleurs modes d'assistance.

On vient de voir comment la question si délicate de la responsabilité d'un aliéné se résoud par un examen clinique, approfondi et prolongé, et non par les procédés de la psychologie ou de la métaphysique. On en peut dire autant d'une autre question, connexe en quelque sorte de la précédente, celle des aliénés dangereux et du régime légal auquel ils doivent être soumis, problème

social au premier chef, dont une solution pratique s'impose dans l'intérêt de la sécurité publique et du bon fonctionnement de nos asiles. Cette solution n'est plus à trouver; elle existe. Proposée, discutée, mûrie dans maintes séances de notre Compagnie et de nos Congrès, elle ne demande plus qu'à être appliquée.

La part prise par Falret à ces importants débats fut des plus actives. Personne n'apporta un sens clinique plus aiguisé dans l'étude des actes dangereux que peuvent commettre les aliénés dans les diverses formes et périodes de leur affection. Il faut relire ces analyses si pénétrantes où, détruisant la légende qui fait un être nuisible de tout individu atteint de folie, il s'applique à nous donner les moyens de distinguer les aliénés inoffensifs de ceux qui ne le sont pas, de déconvrir chez ces derniers les causes prochaines ou éloignées de leurs réactions violentes.

Parmi ces malades aux réactions violentes, il en est de plus particulièrement dangereux, ce sont ceux qu'on appelle les « aliénés dits criminels »; et dans cette catégorie se rangent ceux qui sont traduits devant les tribunaux ou qui ont subi une condamnation judiciaire. Pour débarrasser les asiles de ces éléments incommodes, trop souvent indisciplinables, l'Angleterre créa des établissements spéciaux. Devions-nous imiter l'exemple de nos voisins d'outre-Manche? Falret ne le pensait pas. Il se montra toujours un adversaire convaincu de cette nouvelle création, rétorquant non sans habileté les arguments de ses partisans. « La seule chose ad-
« missible, à la rigueur, disait-il, serait la création de
« petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons
« centrales, pour certains malades tout à fait exception-
« nels, par leur caractère essentiellement dangereux,
« ou par l'extrême notoriété des actes qu'ils auraient
« accomplis; mais il n'y a pas lieu de fonder des sec-

« tions spéciales dans les asiles, ni à plus forte raison
« des asiles complètement distincts, pour les aliénés
« dits criminels. »

Malgré les excellentes raisons qu'il en donne, cette opinion de notre vénéré maître n'a pas prévalu. La plupart des pays suivirent l'exemple de l'Angleterre et créèrent de ces asiles spéciaux en soumettant ceux qui y sont placés à une législation spéciale. La France, à son tour, n'attend que des dispositions législatives nouvelles pour construire un certain nombre d'établissements de ce genre, qui permettront de séparer, dans nos asiles de traitement, l'ivraie du bon grain, et d'y faire ainsi une sorte d'assainissement moral.

Les questions de législation et d'assistance, parties importantes de ce grand tout qu'est la médecine mentale, ne furent pas plus étrangères à notre éminent collègue que les autres. Il les étudia avec cette impartialité, ce souci de la vérité, qu'il apportait dans les recherches exclusivement scientifiques. Sa tendance naturelle le poussait vers les solutions les plus libérales. Il se fit ainsi, devant notre Société, le défenseur d'idées et d'institutions qui ne sont entrées dans la pratique que dans ces derniers temps : je veux parler de la création de villages d'aliénés, de la fondation de fermes agricoles annexées à nos asiles, de l'assistance de nos malades dans leurs familles, etc. Les mémoires qu'il a écrits sur ces divers sujets sont très suggestifs. Bien plus, ils n'ont rien perdu de leur actualité. C'est qu'ils ont été écrits avec ce grand sens pratique dont notre collègue était abondamment pourvu ; ils ont été en quelque sorte vécus puisque, ses connaissances théoriques ne lui suffisant pas, il voulut voir par lui-même les divers modes d'assistance des aliénés en usage en France et à l'étranger. Il visita non seulement les asiles français, mais parcourut la Belgique, la Hollande,

l'Angleterre, l'Allemagne, prenant des notes, recueillant des documents. Ayant beaucoup vu, il avait beaucoup retenu, au grand profit de notre instruction professionnelle.

Des nombreux travaux qui viennent d'être analysés et que j'ai cru devoir classer selon la méthode naturelle chère à Falret, la grande majorité a été publiée de 1853 à 1870, période la plus active et la plus féconde de la longue existence de notre collègue. Sans aucun souci de la vie matérielle qui lui était largement dispensée, sans responsabilité d'aucun genre dans la Maison de santé dirigée par son père et Félix Voisin, dont il n'était que le médecin-adjoint, il put se livrer tout entier au travail intellectuel, sa joie et son bonheur. Sous la direction et l'impulsion de ses trois maîtres dont il recevait avidement les conseils, il accrut de plus en plus ses connaissances et put enfin commencer cette longue série de travaux qui devait, avec le temps, embrasser tout le cycle de la médecine mentale.

Comme beaucoup d'esprits supérieurs, Falret avait une grande facilité de travail, mais aussi une grande défiance de lui-même. De là cette constante recherche du mieux qui le tourmentait, ses hésitations à terminer ce qu'il avait commencé, le besoin d'approbation devenu chez lui une nécessité de nature ; de là, surtout, sa manière de travailler qu'il compliquait à dessein pour arriver à plus de certitude.

Un sujet étant choisi, il faisait d'abord une enquête préliminaire sur ce qu'en avaient pensé ses prédécesseurs. Il classait avec soin les observations publiées par eux, les théories qu'ils avaient émises, les pesait, les comparait entre elles et avec ce que lui avait appris sa propre expérience. Puis, lorsque, après de longues méditations, son opinion était faite, il la mettait en quelque sorte à l'essai, en l'exposant dans tous ses détails à l'un

de ses maîtres, de préférence à son père ; il la discutait longuement avec lui, la modifiait s'il y avait lieu, surtout en présence de faits nouveaux qui lui avaient échappé et contredisaient ceux dont il s'était servi pour échafauder son hypothèse.

Ce n'est qu'après ces longs apprêts qu'il se décidait enfin à écrire. Comme il était plein de son sujet, grâce à sa mémoire étonnante, à sa grande facilité de rédaction, les pages alors succédaient aux pages, sans ratures, d'une écriture ferme et lisible. En quelques jours, le manuscrit était terminé ; mais parfois, au moment de le livrer à l'imprimerie, quelques hésitations renaissaient, et il ne fallait alors rien moins que l'autorité et la décision de Lasègue pour le lui arracher et le publier définitivement.

On a dit, non sans raison, que le ^{xix}^e siècle était le siècle de l'histoire, celui où le point de vue historique est devenu prépondérant, non seulement en philosophie, en politique, mais même en poésie et dans les sciences. Ce qui a permis à un penseur illustre (1) d'affirmer qu'« aucune science ne saurait être vraiment comprise « sans sa propre histoire, toujours inséparable de l'histoire générale de l'Humanité ».

Il y a quelque cinquante ans, nombre de bons esprits, imbus de la vérité de cet axiome, firent les efforts les plus généreux et les plus désintéressés pour le développement du point de vue historique en médecine. C'était le moment où Littré mettait la dernière main à sa célèbre traduction d'Hippocrate. Dans ce monument élevé à la gloire du médecin de Cos, l'illustre érudit philosophe s'applique, selon l'expression de Charles Daremberg, « par le rapprochement ingénieux et fécond des

(1) Auguste Comte. *Système de politique positive ou Traité de sociologie*, etc., t. III. Paris, 1853, p. 2.

« conceptions de la médecine antique et des principes
« de la médecine moderne, à rattacher le présent au
« passé et à remettre en faveur des traditions depuis
« longtemps négligées » (1).

Pour se faire une idée des étapes primitives de l'histoire de notre art, il faut avant tout recueillir les textes médicaux anciens, venus jusqu'à nous, les critiquer, les interpréter. C'était l'œuvre si bien commencée par Littré, qu'il s'agissait de continuer. Un groupe d'érudits, enthousiastes de cette tâche, tous hellénistes ou latinistes distingués, s'appliqua, sous la savante et habile direction du D^r Ch. Daremberg, à publier la collection complète des écrits des médecins grecs et latins, en apportant à l'exécution de ce difficile travail les méthodes si exactes de la science philologique moderne.

Jules Falret, dont la réputation de bon helléniste avait dépassé le cercle des intimes, fut appelé à collaborer à cette œuvre collective. A lui échet la mission d'établir le texte exact d'Arétée, de Cappadoce, de le traduire, de le commenter. Il était d'ailleurs préparé à cette tâche difficile. Depuis plusieurs années il était occupé de recherches sur ce célèbre médecin grec, dont l'ouvrage sur les maladies aiguës et chroniques est un document de la plus haute importance pour l'historien de notre art et, même, de notre spécialité.

Malheureusement, il en fut de ce beau et vaste projet comme de beaucoup d'autres. Après un premier effort des plus honorables, qui nous valut la publication des œuvres d'Oribase et de celles de Rufus d'Ephèse, on dut s'arrêter. *Pendent opera interrupta*, s'écrie le poète à propos des travaux interrompus, à Carthage, par l'arrivée d'Enée. Dans le cas particulier, l'interruption

(1) Dédicace de la traduction des *Œuvres d'Oribase*, t. I., Paris, 1851, p. I.

est due aux circonstances politiques, au manque de fonds, à d'autres causes encore, dont la moindre n'est pas sans doute l'indifférence publique. Et cependant quel regret de ne pas posséder cette édition définitive de l'ouvrage d'un des plus grands cliniciens de l'Antiquité ! C'eût été un régal pour nous de pouvoir lire Arétée, ce manigraphe du premier siècle de notre ère, dont les descriptions des maladies mentales sont si remarquables, traduit et commenté par un des aliénistes des plus distingués du XIX^e siècle.

Ses travaux si importants et la notoriété qu'ils lui avaient acquise, désignaient notre collègue pour la première place vacante de médecin aliéniste des hôpitaux de Paris. Elle se fit longtemps attendre. Elle se produit enfin en 1868, et Falret est nommé médecin de l'un des services d'aliénés de Bicêtre ; il y resta jusqu'en 1884, où il fut appelé à remplacer Delasiauve à la Salpêtrière. Son vœu le plus cher était accompli ; il finira sa carrière administrative dans cet établissement, célèbre à tant de titres, qui fut le théâtre de la vie scientifique de son père, où lui-même put se livrer à l'enseignement clinique des maladies mentales.

Enseigner la jeunesse, la mettre à même de participer à votre savoir, est certes la plus noble fonction du maître. Falret était à ce point de vue un maître accompli ; il avait une prédilection marquée pour cette communication orale des idées, qui suspendait à ses lèvres un auditoire avide de connaissances. Il parlait avec facilité et d'abondance ; sa phrase, simple et souple, n'était pas sans élégance. Qu'il fit ses leçons à l'École pratique de la Faculté de médecine ou à l'hospice de la Salpêtrière, elles attiraient de nombreux élèves attentifs parce qu'elles étaient bourrées de faits et d'idées, à en déborder.

La figure de rhétorique qu'il cultivait surtout, était

la répétition, persuadé qu'un professeur zélé pour la vérité ne pouvait assez redire les choses importantes. Quelqu'un disait un jour à l'abbé de Saint-Pierre : « Je trouve d'excellentes choses dans vos écrits, mais elles y sont trop répétées. » Le célèbre auteur de la Paix perpétuelle priait qu'on lui en indiquât quelques-unes, et rien n'était plus facile. « Vous les avez donc retenues, ajoutait-il ; voilà pourquoi je les ai répétées, et j'ai bien fait, sans cela vous ne vous en souviendriez plus (1). » Falret s'inquiétait peu, lui aussi, des critiques qui pouvaient être faites sur son genre d'éloquence ; il consentait même qu'on le plaisantât sur ses redites ; que dis-je ? il se félicitait des plaisanteries, par la satisfaction d'avoir forcé ses auditeurs à retenir une vérité utile.

La vie semblait sourire à notre collègue ; les années s'écoulaient sans que rien en ternît le calme et la sérénité. Mais des jours d'épreuve, de bien douloureuse épreuve, allaient se lever. Nous sommes en 1870. La guerre était déclarée, amenant à sa suite des désastres sans nom. Falret père, dont la santé était fortement ébranlée, était allé chercher le repos à Marcillac. Aux premiers jours de septembre, Félix Voisin se trouvait obligé d'aller au Mans pour de graves questions d'intérêt. Jules Falret se trouvait seul, avec de terribles responsabilités. Il dut, après l'investissement de Paris, abandonner la Maison de santé après en avoir dispersé les pensionnaires. Ce qui torturait ce cœur si aimant, c'était d'être sans nouvelles de celui en qui il vivait, qui était tout son amour, toute sa vénération. Il lui écrivait le plus souvent qu'il pouvait ; mais, hélas ! la

(1) D'Alembert. *Eloge de l'abbé de Saint-Pierre*. In *Éloges lus dans les séances publiques de l'Académie française*. Tome I, Paris 1779, p. 101.

plupart de ces lettres si pleines de tendresse filiale ne devaient pas être lues par celui à qui elles étaient adressées. Falret père était mort, le 28 octobre 1870, sur ces rives du Célé qu'il a si bien chantées.

Où l'on reçoit le jour, il est doux de mourir,
Et près de son berceau l'on aime à s'endormir.

Lorsqu'après l'armistice il apprit la fatale nouvelle, la douleur de notre collègue fut navrante. Ses larmes n'étaient pas encore séchées qu'une nouvelle épreuve s'abattait sur lui ; il devait la partager avec celui qu'il considérait comme un second père. Cette période d'angoisse qui dura plus de deux mois, mon éminent prédécesseur et ami, M. Motet, en a fait, en quelques phrases, un tableau saisissant, d'une intensité de vie et d'émotion difficile à atteindre.

« Voisin, écrit-il (1), revint à Paris aussitôt que les
« communications furent rétablies ; il avait hâte de
« retrouver J. Falret, et de lui apporter, non pas des
« consolations, mais une douleur égale à la sienne. A
« peine eurent-ils le temps de pleurer ensemble, qu'il
« leur fallut s'occuper de reprendre possession de la
« maison abandonnée depuis cinq mois. Ils y rentraient
« depuis quelques jours quand la guerre civile éclata ;
« il leur était réservé de souffrir plus encore d'elle que
« de la guerre étrangère. La lutte autour d'eux fut san-
« glante, acharnée. Le vieillard se redressa fièrement
« contre le danger. La maison fut ouverte aux habitants
« du village qui voulurent s'y réfugier. Il en fit par son
« énergie un terrain neutre qui fut respecté, même par
« ceux qui à cette heure cruelle ne respectaient plus rien.
« On eût dit que l'*æs triplex circa pectus erat* ; il était
« calme au milieu de la dévastation qui menaçait de

(1) A.^t Motet. *Loc. cit.*, p. 40.

« s'étendre jusqu'à la maison qui l'avait abrité toute sa
« vie. Il s'oubliait pour penser aux autres, et avec une
« paternelle affection il voulait que Jules Falret se
« ménageât plus qu'il ne se ménageait lui-même. Il le
« forçait à prendre un repos nécessaire, ne se permettant
« pour lui que quelques heures d'un sommeil rapide,
« mais que le calme de son esprit lui laissait profond et
« réparateur..... »

Dès que le grondement du canon et le crépitement de la fusillade eurent cessé, la vie de la Maison de santé reprit son cours normal ; mais ce ne fut que pour peu de temps. Les événements de la Commune avaient gravement ébranlé la santé de Félix Voisin. Bientôt il dut s'aliter pour ne plus se relever. Sa mort fut douloureusement ressentie par Falret : en voyant ainsi disparaître l'ami de toujours, le conseiller sûr et dévoué, il sentait se déchirer en lui le dernier lien le rattachant à un passé cher à tant de titres.

Et maintenant, seul à la tête d'un grand établissement, notre collègue voit accroître ses responsabilités. Faisant violence à sa nature, il se met à la hauteur de la situation qui s'impose à lui ; il se montre administrateur habile, parfois audacieux, mais de cette audace qui se nomme le progrès. Il est particulièrement heureux dans le choix de ses collaborateurs : c'est d'abord notre tant regretté collègue, Jules Cotard, dont la mémoire nous est restée chère entre toutes comme celle d'un savant simple et modeste, n'ayant d'autre ambition dans sa vie que l'accomplissement de son devoir ; ce fut ensuite M. Arnaud qui, succédant à son maître dans la direction de la Maison de santé, y maintient les belles traditions, déjà presque séculaires, de science et d'honorabilité professionnelle.

Arrivé au seuil de la vieillesse, Falret crut devoir faire ce qu'il appelait son testament scientifique. Il réunit

en deux volumes les travaux qu'il avait publiés à diverses époques et qui étaient disséminés dans plusieurs recueils scientifiques. Les générations nouvelles qui ont les yeux tournés vers l'avenir peuvent ainsi prendre connaissance d'idées fortes et saines qui n'ont pas été sans influence sur le développement de la médecine mentale. Dans une préface excellente, écho des débats ardents auxquels il prit une large part, le maître nous donne ses dernières pensées, *ultima verba*. Ces conseils d'un sage, qui dévoua sa vie à la recherche de la vérité, méritent d'être recueillis et écoutés. « N'oublions pas, dit-il (1), que nous sommes
« dans une période de transition et de transforma-
« tion, et ne nous livrons pas à des généralisations
« hâtives et prématurées. Contentons-nous de ce que
« nous avons déjà acquis et unissons nos efforts pour
« arriver à de nouvelles découvertes et pour cultiver en
« commun le vaste champ de la science. Nous ne sommes
« pas encore arrivés à l'époque des formules définitives
« et d'une systématisation générale. Gardons-nous donc,
« par dessus toutes choses, d'un dogmatisme prématuré
« et des formules trop arrêtées d'une science encore
« incomplète. Evitons surtout de nous renfermer dans
« un cercle d'idées trop étroit, qui arrêterait le mouve-
« ment de la science au lieu de le favoriser, et ne pro-
« mulguons pas les dogmes d'une petite église exclusive
« et systématique, qui, en excommuniant tous les dis-
« sidents, comme des hérétiques, enrayerait la marche
« de la science, au lieu de contribuer à son avancement
« et à ses progrès ! »

Falret quitta son service de la Salpêtrière en 1897. Il partagea alors son temps entre la Maison de santé de Vanves et la direction de la Société de patronage des

(1) Jules Falret. *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. 1 vol. in-8°, Paris, 1890. Préface, p. VIII.

aliénés créée par son père et qui resta jusqu'à la fin, pour lui comme pour son fondateur, l'œuvre de prédilection.

Tous les ans, il se rendait en pèlerinage sur la tombe de son père pour qui, jusqu'à son dernier jour, il conserva la vénération la plus profonde. Lorsqu'il approchait de Marcillac-du-Lot, berceau de ses ancêtres, chantaient à ses oreilles les vers paternels :

O bonheur ! J'aperçois ce champêtre séjour ;
Des corbeilles de fleurs en dessinent le tour ;
La vigne grimpe au mur, le lierre à la fenêtre ;
Près du seuil, sous la pierre, un rosier vient de naître ;
Des sites enchanteurs décorent l'horizon ;
Tout est ombre et silence autour de la maison.

Malgré le charme qui s'exhale de cette poésie au souffle lamartinien (1), il ne faisait jamais de longs séjours au Pic. Préférant les bords de la Seine aux rives du Célé, au bout de quelques jours,

Il se hâtait de fuir, se croyant exilé !...

Telle M^{me} de Staël qui, pour son cher ruisseau de la rue du Bac, quittait avec joie le poétique Léman avec sa prestigieuse ceinture de glaciers, sa fastueuse résidence de Coppet et son parc aux riches ombrages.

Remarquable par l'intelligence, il ne l'était pas moins par le cœur. Pour peu qu'on entrât dans son intimité, on découvrait chez lui des sentiments d'une infinie délicatesse. Il prenait une part plus vive aux chagrins de ceux qu'il aimait qu'à leurs joies ; pour les consoler, il versait sur leurs blessures ce baume salubre, que le poète Byron appelle « le lait de l'humaine tendresse ».

Il avait au plus haut degré le culte de l'amitié, et ce culte, il le rendait contagieux. Il parlait de ceux qu'il

(1) Le Pic, tel qu'il était et tel qu'il est (1852). In *Mon Village*, par J.-P. Falret. 1 vol. in-18. Paris, 1891, p. 15.

affectionnait, qu'ils fussent morts ou vivants, avec une telle abondance de cœur, qu'on se prenait à les aimer avec lui. On se rappelle avec quelle affectueuse admiration il s'étendait sur les vertus et les mérites de ses trois maîtres en aliénation mentale, son père, Lasègue et Morel. Ses sentiments, il les exprimait avec une ardeur tellement communicative qu'on se trouvait naturellement entraîné à partager, non seulement son admiration pour les œuvres, mais encore son affection pour les personnes.

Cette vénération pour ses aînés, toute profonde et sincère qu'elle fût, n'était pas aveugle ; elle ne lui enlevait pas sa judicieuse faculté de discernement. Mieux que personne il savait trouver les points sur lesquels ils s'étaient trompés et il les faisait ressortir. Jamais sa critique n'ent rien d'acérbe ; il avait trop le sentiment de la justice : il n'ignorait pas que les erreurs commises par ceux qui nous ont précédés sont moins de leur fait que du fait des circonstances. Chaque époque augmente, plus ou moins, la somme de nos connaissances pour diminuer d'autant nos chances d'erreur. Sans doute, erreurs et vérités sont source d'enseignements, mais il ne faut pas que les premières fassent oublier les secondes.

Sa vénération pour les aînés n'avait d'égale que sa bienveillance pour les jeunes. Devenu maître à son tour, il jouissait avec délices de ce privilège que lui accordaient son âge et ses talents. Secours, appui, direction, on était sûr d'obtenir tout de lui quand on s'en montrait digne. Avec une libéralité rare, il prodiguait ses précieux conseils, sa vaste érudition, parfois même ses propres idées, à qui lui parlait d'un travail en cours. Et quelle joie pour lui, lorsque, ce travail publié, on venait le lui apporter et qu'il y trouvait des aperçus nouveaux, des points de vue originaux ! Il prodiguait avec empressement ses éloges aux parties qui les méritaient ; mais il

croyait de son devoir d'enseignant, et dans l'intérêt de votre instruction, de vous montrer les côtés faibles ou insuffisamment étudiés, de les discuter. On lui savait gré de ses critiques ; c'était pour ceux qui s'y soumettaient la meilleure des leçons. On en sortait, connaissant mieux le sujet qu'on avait traité, mais aussi emportant avec soi de précieuses indications pour les travaux futurs.

Ce rôle bienfaisant de conseiller de la jeunesse, il le remplissait avec un tact exquis, avec ce doigté délicat de fin psychologue pour qui la nature humaine n'a plus de secret. Que de jeunes gens ont profité de ses fructueux entretiens, dans son cabinet de la rue du Bac ou sous les frais ombrages du parc de Vanves ! A tous il ouvrait libéralement le trésor de son profond savoir et de sa vaste expérience.

De l'esprit, il en avait, et du plus fin. Tantôt de fines allusions, des comparaisons imprévues lui permettaient de développer des pensées ingénieuses ; tantôt sa grande érudition littéraire et historique fournissait à son imagination heureuse des traits employés à propos. Mais s'il possédait à un très haut degré cette vivacité qui fait trouver les saillies piquantes, les mots spirituels, jamais, même dans les moments où sa verve semblait le plus débridée, il ne lançait de ces traits qui, pour n'être pas mortels, n'en provoquent pas moins de cuisantes blessures. Ce n'est pas à lui que pourrait s'appliquer la « pensée » de Pascal : « Diseur de bons mots, mauvais caractère ».

Falret avait une santé robuste que la maladie put à peine effleurer. Il parcourut même les premières étapes de la vieillesse sans aucune de ces graves infirmités qui ne l'attristent que trop souvent et la rendent parfois si pénible. Mais à partir de soixante-quinze ans, il commença à éprouver sérieusement les effets de l'âge ; le parfait clinicien qu'il était ne pouvait se méprendre sur

ces indices révélateurs de troubles profonds de l'organisme. Malgré les sages avis de son entourage, de ses amis, qui lui conseillaient le repos, il continuait sa vie active, ce besoin si pressant de sa nature. Cette activité, quelque réduite qu'elle fût, n'en contribuait pas moins à aggraver la situation, à hâter le dénouement final qu'on redoutait.

La Société médico-psychologique avait décidé de fêter le cinquantenaire de sa fondation. Falret se faisait une joie d'assister à cette fête de famille, à ce jubilé qui était un peu le sien. N'y avait-il pas près de cinquante ans qu'il faisait partie de notre Compagnie? Depuis près d'un demi-siècle, il assistait régulièrement à nos séances, s'asseyant toujours à la même place, écoutant attentivement ce qui se disait, soulevant des discussions et y prenant une part active.

Quelques jours avant cette fête jubilaire, Falret s'altait pour ne plus se relever. Lorsque je le vis pour la dernière fois, son affaïssement était extrême. De ses lèvres d'où s'étaient écoulés pour nous de si précieux enseignements, ne sortait plus qu'un souffle. A son regard toutefois, à son serrement de main, je vis qu'il m'avait reconnu ; mais je compris aussi, hélas ! que ce regard, ce serrement de main me disaient un suprême adieu. Vingt-quatre heures après, le 28 mai 1902, le maître s'éteignait, âgé d'un peu plus de soixante-dix-huit ans.

D'après son désir formel et maintes fois exprimé, il fut enterré à Marcillac, aux côtés de celui qui fut son éducateur et son meilleur ami. Mais si sa dépouille mortelle repose son dernier sommeil près des rives du Célé, ce « ruisseau d'azur » aux « eaux vives », si poétiquement chanté par son père, le meilleur de lui-même est resté parmi nous. L'esprit vivifiant qui était en lui

souffle et soufflera longtemps encore sur notre Compagnie qu'il a illustrée par ses travaux ; son œuvre, si riche et si féconde, sera lue et commentée par les générations nouvelles, qui, s'inspirant de sa méthode, développeront les idées qu'il a défendues avec tant de succès.

Survivre ainsi dans la mémoire des descendants est le privilège de ces hommes remarquables, mais rares en tout temps, qui, comme notre maître vénéré, ont fait œuvre utile et durable. Aux honneurs passagers de ce monde, Falret préférerait cette récompense posthume décernée par la postérité à ceux qui ont dévoué leur vie à la science et à l'Humanité. Cette récompense, il la mérite ; elle lui sera accordée : son nom sera inscrit, non loin de celui de son père, au Panthéon de l'histoire de notre spécialité.

TRAVAUX DU D^r JULES FALRET

- Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. *Thèse de Paris*, 1853.
- Des diverses paralysies générales. In *Archives générales de médecine*, février 1855.
- De la catalepsie. In *Archives générales de médecine*, 1857.
- Du diagnostic différentiel des paralysies générales. In *Archives générales de médecine*, 1858.
- La paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 26 juillet 1858.
- Principes à suivre dans la classification des maladies mentales. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 16 novembre 1860.
- État mental des épileptiques. In *Archives générales de médecine*, 1860 et 1861.
- Séméiologie des affections cérébrales. In *Archives générales de médecine*, octobre 1860.
- Théories physiologiques de l'épilepsie. In *Archives générales de médecine*, février et mai 1862.
- La colonie d'aliénés de Gheel. In *Annales médico-psychologiques*, 1862.
- Les asiles d'aliénés de la Hollande. In *Annales médico-psychologiques*, 1862.
- L'asile médico-agricole de Leyme (Lot). In *Annales médico-psychologiques*, 1863.

- Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales (aphémie, aphasie, alalie, amnésie verbale). In *Archives générales de médecine*, 1864.
- Des divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 12 décembre 1864.
- La consanguinité. In *Archives générales de médecine*, 1865.
- Articles « Amnésie, Aphasie, Responsabilité légale des aliénés », du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, 1866 à 1876.
- Folie raisonnante ou folie morale. Communications faites à la Société médico-psychologique, séances du 8 janvier et du 29 octobre 1866.
- La fonction du langage articulé, avec une observation d'aphasie. In *Archives générales de médecine*, août 1866.
- Des aliénés dangereux. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 27 juillet 1868.
- Des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 16 novembre 1868.
- Cas d'aphasie, avec hémiplegie droite, pour lequel on demande l'interdiction. In *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1869.
- Les législations étrangères sur les aliénés et les réformes proposées à la loi de 1838. In *Archives générales de médecine*, octobre 1869.
- Affaire Jeanson. Accusation d'incendie et de meurtre. Rapport à la Société de médecine légale, 1869.
- Emploi du bromure de potassium à haute dose chez les épileptiques de l'hospice de Bicêtre. Communication à la Société médico-psychologique, séance du 28 juin 1870.
- La folie à deux ou folie communiquée (en collaboration avec le professeur Ch. Lasègue). In *Archives générales de médecine*, septembre 1877.
- Variétés cliniques de la paralysie générale. In *Compte rendu du Congrès international de médecine mentale*, tenu à Paris du 5 au 10 août 1878.
- La folie circulaire ou folie à formes alternes. In *Archives générales de médecine*, décembre 1878 et janvier 1879.
- Des obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). In *Comptes rendus du Congrès international de médecine mentale*, tenu à Paris du 5 au 10 août 1889.
- Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Un vol. in-8°, VIII-623, Paris, 1890.
- Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale. Un vol. in-8°, VII-564 pages, Paris, 1890.
- Préface aux Etudes sur les maladies cérébrales et mentales du D^r Cotard. Paris, 1891.

Chronique

Le XVI^e Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.—Session de Lille; août 1906.

C'est devenu tout à fait banal de constater chaque année le succès de notre Congrès annuel. Ce Congrès est si bien entré dans nos mœurs, que chaque année, au 1^{er} août, les habitués de nos réunions se trouvent exacts au rendez-vous. Des confrères de la région, congressistes d'occasion, se joignent aux congressistes d'habitude. Un certain nombre de dames accompagnent leurs maris et l'on fait volontiers fête aux jeunes ménages pour leur faire prendre goût au Congrès. Il faut ajouter que nous sommes toujours bien accueillis dans la région où se tient la session annuelle. On nous a même dit un jour que nous devions être un peu sorciers pour être si bien reçus partout où nous allions. Mais je ne crois pas à la sorcellerie, et la vérité est que le succès de nos Congrès tient à leur organisation et à la peine que se donnent les secrétaires généraux.

Suivant l'usage, le Congrès de Lille a été ouvert par une séance solennelle. Cette séance a été tenue dans la salle des fêtes du Conservatoire de musique. M. Ch. Delesalle, maire de Lille, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. M. le D^r Drouineau, inspecteur général, délégué du ministère de l'Intérieur, a répondu que le Congrès de Lille s'ouvrait sous les plus heureux auspices, avec un président tel que le professeur Grasset, dans une ville où la vie intellectuelle ne le cède en

rien à l'activité industrielle, dans la région du Nord où les œuvres d'hygiène et d'assistance sont nombreuses et intéressantes, où les asiles d'aliénés ont une importance et une notoriété indiscutables. M. Drouineau a ajouté que les médecins aliénistes avaient toutes les sympathies de l'administration. Le conseil supérieur de l'assistance publique étudie le mode d'hospitalisation à adopter pour les délirants aigus. Le concours annuel pour le recrutement des médecins-adjoints est décidé, et on se préoccupe de l'unification des retraites des médecins des asiles. M. Drouineau a terminé en disant que l'opinion publique s'émeut de tout ce qui touche à l'aliénation mentale, et que les médecins sont non seulement d'utiles experts pour la justice, mais sont aussi les gardiens de la sécurité publique.

Le professeur Grasset a ensuite prononcé le discours d'usage du Président. Il a débuté en montrant la vitalité d'une œuvre qui s'affirme par seize Congrès, et il a pris comme thème l'union qui existe entre la neurologie et la psychiatrie. Il ne faut pas, a-t-il dit, exagérer la spécialisation, mais grouper en un faisceau les aliénistes et neurologistes. On a trop longtemps séparé les maladies de l'esprit et les maladies du corps. Pinel et Charcot réunis sur le parvis de la Salpêtrière forment un symbole indiquant l'union de tous les travailleurs du système nerveux. Il y a unité de la science neurobiologique. Il y a des actes psychiques conscients et des actes psychiques inconscients, parce qu'il y a un psychisme supérieur et un psychisme inférieur, parce que les neurones frontaux sont reliés aux neurones des autres régions. Le délire onirique montre les rapports du rêve et de l'acte conscient. L'hystérie est une maladie psychique. La chorée et la neurasthénie sont du domaine de la neurologie. La paralysie générale appartient à l'aliénation mentale, et cependant on y

observe des phénomènes appartenant à la neurologie. On ne peut ni séparer ni opposer les neurologistes aux aliénistes. Leurs travaux forment deux chapitres d'un même livre, parce que le système nerveux est un. La psychiatrie et la neurologie ont les mêmes méthodes. On dit que les uns pensent anatomiquement, les autres physiologiquement. C'est une erreur. Il a fallu étudier le substratum anatomique pour connaître le siège de la fonction, et, ce qu'il faut étudier maintenant, c'est la maladie de la fonction. Il y a des groupements de nerfs et de muscles qui ne forment des unités que pour l'anatomiste. Il y a un appareil neuro-musculaire avec un centre cortical, et, dans le cerveau, les scissures sont des ponts, non des fossés. La science de l'être vivant doit remplacer la science du cadavre. La psychiatrie et la neurologie ont la même unité de but : guérir ou tout au moins soulager les nerveux, protéger la société contre les maladies du système nerveux, faire progresser la science anatomo-neurologique.

La conclusion est que des études ayant le même objet, la même méthode et le même but sont étroitement solidaires les unes des autres, d'où la constante collaboration et l'union des neurologistes et des aliénistes.

M. Grasset a terminé son discours en adressant des remerciements aux autorités qui accueillaient les membres du Congrès, au maire, au préfet, au recteur, au doyen de la Faculté de médecine, qui donnait l'hospitalité à la Faculté pour les séances de travail.

Le discours prononcé de la parole chaude et ardente que l'on connaît au professeur Grasset a été salué d'une salve d'applaudissements et la séance solennelle a été levée pour se rendre au Musée, dont le conservateur général faisait les honneurs aux membres du Congrès.

L'après-midi du 1^{er} août, à 2 heures, première séance

de travail, précédée de la transmission des pouvoirs du bureau de la session de Rennes au président de la session de Lille.

On a approuvé les comptes du Congrès de Rennes, et complété le bureau du Congrès de Lille. Sont, par acclamation, désignés comme présidents d'honneur : D^r Drouineau, inspecteur général, délégué du ministère de l'Intérieur; le préfet du Nord; Delesalle, maire de Lille; D^r Crocq, délégué de la Belgique; Lyon, recteur de l'Académie; D^r Combemale, doyen de la Faculté de médecine; D^r Ballet, président de la Société de Neurologie; D^r Briand, président de la Société médico-psychologique; D^r Lemoine, professeur de la Faculté à Lille; D^r Régis, professeur de la Faculté de médecine à Bordeaux.

Vice-présidents : D^{rs} Antheaume, Sicard, Chardon; chef du secrétariat : D^r Meige; secrétaires des séances : D^{rs} Baruck, Pochon, René Charpentier.

Le président, professeur Grasset, et le secrétaire général, D^r Chocreaux, avaient été, suivant l'usage, désignés à la session précédente.

La parole a été donnée au D^r Maurice Dide, pour l'exposé de son rapport : « Étude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. »

M. Dide a exposé que l'étude du sang chez les aliénés est déjà ancienne. La prise du sang doit être aseptique. La couleur du sang, sa densité, sa coagulation, sa qualité, son alcalinité, le dosage des éléments minéraux varient dans les toxi-infections. Il cite le résultat de ses observations dans l'épilepsie et la démence précoce.

Il passe ensuite aux éléments figurés, étudie la déformation des globules rouges, les modifications chromatophiles, la résistance globulaire, le nombre des globules rouges; il aborde ensuite l'examen des globules blancs, signale les variations de la formule leucocytaire,

la polynucléose et la mononucléose. Il résume ainsi le résultat de ses recherches sur les éléments figurés du sang :

« 1° L'hypoglobulie, avec abaissement de la valeur globulaire a en psychiatrie la signification commune ; elle est généralement symptomatique d'une intoxication ou d'une infection.

« 2° L'hyperglobulie est la traduction d'un état de concentration moléculaire du sang, et il n'est pas surprenant de la rencontrer dans les états d'agitation où les excrétions sont augmentées.

« 3° Il est intéressant de voir l'abaissement de la résistance globulaire coïncider souvent avec la diminution de l'alcalescence du sang.

« 4° La polynucléose avec hyperleucocytose s'observe au début des psychoses toxi-infectieuses et dans les états d'agitation.

« 5° La mononucléose est un fait d'autant plus important à retenir qu'il est plus rarement constaté en pathologie ; elle paraît être la trace d'un fléchissement définitif de l'organisme à l'égard d'une toxi-infection longtemps subie.

« 6° L'éosinophilie a en psychiatrie sa signification générale ; elle est l'indice de phénomènes critiques.

« 7° Les altérations cycliques des globules rouges et des globules blancs dans l'épilepsie sont la traduction de l'auto-intoxication cyclique de cette affection. »

Puis, M. Dide arrive à l'étude bactériologique. Il mentionne les précautions nécessaires pour la prise du sang, parle des cocci, des entérocoques, discute les travaux de Bra, ne fait pas état des staphylocoques, signale le tétragène chez les diarrhéiques. Il s'arrête sur deux ordres de bacilles, les uns prenant le Gram, les autres ne prenant pas le Gram. Il insiste sur la modification des bacilles suivant les milieux, combat la

spécificité du bacille, et soutient la théorie de l'évolution.

Il examine ensuite rapidement les modifications du sérum chez les aliénés, et passe à l'étude biochimique. Il s'est arrêté longuement sur la toxicité du sérum du sang des aliénés, sur les toxines et antitoxines, sur les modifications de la fonction de défense de l'organisme. Il a donné, comme déduction pratique, l'action des maladies infectieuses sur les troubles mentaux. Il a encore étudié l'hématologie dans ses rapports avec l'hérédité, et a donné les conclusions générales suivantes :

« Les constatations de laboratoire ont confirmé ce
« qu'avait fait prévoir la clinique : le délire des infec-
« tions et des intoxications aiguës est un, et doit
« désormais ne comporter qu'une description ; il est la
« traduction d'une atteinte directe de la cellule pen-
« sante par des toxiques charriés par le sang, et la
« modalité de la réaction dépend des aptitudes de la
« cellule beaucoup plus que de la variété du toxique.

« Les psychoses toxi-infectieuses subaiguës sont la
« traduction d'une atteinte plus ou moins diffuse des
« cellules nobles du cortex par des toxiques complexes
« où l'agent morbifique exogène n'est plus directement
« en cause, mais a amené une dystrophie de la fonction
« antitoxique. Rien n'est plus spécifique dans la cause,
« et la complexité de la pathogénie suffit à expliquer
« les symptômes différents. Nous sommes en présence
« de ce que j'appelle les manifestations métatoxi-
« infectieuses.

« Dans les états mentaux chroniques de ce groupe,
« la même pathogénie intervient, mais ici, entrent en
« jeu les altérations des tissus de soutien qui viennent
« compliquer le tableau, et je ne vois qu'avantage à
« généraliser l'expression de Fournier et à parler d'ac-

« cidents para-toxi-infectieux, avec la réserve de non-
« spécificité de leur origine ; nous voyons ainsi la
« démence précoce se placer à côté de la paralysie
« générale, ces deux entités morbides se caractérisant
« par des délires variables conditionnés par la méta-
« toxi-infection et par des troubles physiques progres-
« sifs régis par les altérations para-toxi-infectieuses du
« tissu de soutien des centres nerveux.

« La démence précoce n'englobe pas tous les délires
« hallucinatoires chroniques et il y a là encore beaucoup
« à faire, et, comme pour la paralysie générale, ce sont
« beaucoup plus les signes physiques que le délire qui
« donnent à cette affection sa valeur d'entité clinique ;
« nous avons vu que c'est aussi une entité au point de
« vue pathogénique et anatomo-pathologique.

« Nos connaissances sur la physiologie pathologique
« et l'épilepsie se sont également précisées et la preuve
« d'une toxémie cyclique nous est fournie par l'hémato-
« logie ; cela cadre parfaitement même avec ce que
« nous savons des phénomènes épileptiformes sympto-
« matiques de la paralysie générale ou de la démence
« précoce, par exemple.

« Pour les psychoses d'involution, leur substratum
« anatomique s'édifie lentement et nous arrivons à
« concevoir que ce sont des états mentaux dépendant
« non seulement de la sénilité du cerveau, mais encore
« d'altérations hépatiques et surtout thyroïdiennes et
« agissant sur le cerveau par l'intermédiaire de la cir-
« culation.

« Les psychoses à base d'interprétation délirante
« échappent à l'hématologiste, leur substratum étant
« purement psychologique.

« Le point capital que je tiens à bien mettre en
« lumière, c'est que les modificateurs puissants de la
« fonction de défense (les infections graves sont de

« ceux-là) amènent la disparition des phénomènes
« délirants hallucinatoires et peuvent même provoquer
« des guérisons durables de psychopathies réputées
« incurables. Le fait était connu, je crois l'avoir
« expliqué, et, si jamais une thérapeutique ration-
« nelle de la folie est créée, ce sera en partant de ces
« faits. Mais, en ces matières, les essais mal conduits
« sont plus nuisibles que l'indifférence, et, pour at-
« teindre le but que je vois lointain, il faut beaucoup
« d'efforts, de patientes et prudentes recherches et des
« moyens d'action étendus qui, je le souhaite du moins,
« ne manqueront pas à ceux qui donnent leur vie pour
« le soulagement des misères humaines. »

La discussion du rapport de M. Dide a été ouverte aussitôt : M. Taty a signalé qu'il avait recherché sans succès les bacilles dans le foie d'une ancienne syphilitique devenue paralytique générale, et ayant succombé à des accidents médullaires, après cinq années d'internement.

M. Sabrazès a exposé le résultat de ses recherches avec Régis sur le sang des aliénés. Il a été frappé de la discordance des résultats, et de l'insignifiance des modifications du sang par rapport à l'énormité des tares nerveuses, ou à l'intensité de lésions et de troubles fonctionnels du système nerveux. Il a signalé pour les modifications du sang des facteurs étrangers à la maladie mentale. On arrive à des résultats différents suivant la technique employée. M. Sabrazès pense, contrairement à l'opinion soutenue par Dide, que les centres nerveux se suffisent à eux-mêmes dans la défense contre les toxi-infections, les globules blancs n'intervenant que dans certaines infections suraiguës avec suppuration, et les cellules névrogliques agissant surtout dans cette fonction de défense.

M. Maurice Faure a rappelé les recherches qu'il a

faites sur le sang des délirants dans le laboratoire de M. Ballet. Ses recherches ont été presque entièrement négatives, et la plupart des résultats positifs constatés étaient dus à des fautes de technique. Il est étonné de voir quinze espèces de bacilles décrites dans le rapport de Dide.

M. Régis a appelé l'attention sur l'importance de comparer la courbe urologique des délirants intoxiqués à la formule hématologique. Il partage l'opinion de Dide sur l'influence heureuse de certaines infections sur l'évolution de quelques maladies mentales. Différents auteurs n'ont pas craint d'injecter à des aliénés des virus atténués.

M. Sicard dit qu'il a recherché le microbe de la syphilis dans la paralysie générale. Ses recherches ont été infructueuses.

M. Léri a fait observer sur ce point qu'on ne trouve plus le microbe huit mois après l'infection.

Après la réponse de M. Dide aux diverses objections qui lui ont été faites, M. le professeur Grasset a remercié le rapporteur de son travail, en qualifiant son mémoire de travail d'avant-garde. Une salve d'applaudissements a appuyé les félicitations et les remerciements du président et la séance a été levée.

Le soir une réception était offerte à l'Hôtel de ville aux membres du Congrès. M. Delesalle, maire, a exprimé le regret que Lille ne fût pas plus riche en monuments historiques, et, a-t-il dit, les nombreuses cheminées de ses usines industrielles ne lui donnent guère un aspect pittoresque ; mais, ajoute M. Delesalle, si vous ne trouvez pas chez nous des paysages enchanteurs, des profils de montagnes, ou des mers aux horizons infinis, vous trouverez un merveilleux musée, un Institut Pasteur remarquablement installé, une Université dirigée par le plus aimable des recteurs, une

remarquable Faculté de médecine et des usines très intéressantes. Nous ferons tout notre possible pour vous intéresser, dans les meilleures conditions, à ce que nous avons. Nous vous ouvrirons toutes les portes.

M. Grasset a répondu d'une manière très spirituelle, en remerciant M. Delesalle qui, a-t-il dit, s'est vengé du discours très spécial de la séance du matin par des paroles d'exquise courtoisie.

La journée du 2 août a été consacrée à la visite de Bailleul. La ville avait été pavoisée en l'honneur du Congrès. Nous avons été reçus d'abord à l'Hôtel de ville, où le vin d'honneur a été offert. La municipalité, après avoir fait les honneurs de son Hôtel de ville, a fait visiter la vieille église de Bailleul, puis le forage de trois cents mètres destiné à donner de l'eau à la ville, et enfin a conduit les membres du Congrès au musée légué par M. de Puydt, et portant le nom de son donateur. Il a fallu rappeler à l'ordre ceux qui s'attardaient à examiner des collections, fort intéressantes d'ailleurs ; le programme portait qu'on visiterait l'asile avant l'heure du déjeuner.

Je ne m'arrêterai pas à décrire l'asile de Bailleul qui est bien connu, et dont le plan a été publié autrefois dans le rapport des inspecteurs généraux. L'asile de Bailleul a un très beau parc, un pensionnat luxueux, et, comme beaucoup d'autres asiles, ses quartiers d'indigentes sont encombrés. Un grand projet d'agrandissement du service des indigentes a été mis sous nos yeux. Un excellent déjeuner a été offert, et pendant le déjeuner la musique municipale de Bailleul s'est fait entendre, joignant aux morceaux de son répertoire la *Marseillaise* et la *Brabançonne*.

Le déjeuner avait été fort accueilli, après les visites dans la matinée ; mais (notre ami Chocreaux, le vaillant secrétaire général du Congrès, permettra au chroni-

queur d'être l'écho des critiques entendues) on avait eu la malheureuse idée d'installer la table dans le jardin d'hiver du pensionnat. La chaleur était excessive, et, dans une température de serre, on a trouvé les toasts bien longs. On ne pouvait pas faire un grief au secrétaire général de n'avoir pas prévu une température anormale, mais, après avoir entendu des orateurs déjà un peu longs, on lui reprochait d'être trop long en sa harangue.

Le programme portait pour la fin de l'après-midi : Excursion en voiture à la Trappe du Mont-des-Cats. En Flandre les montagnes sont rares et les monts se visitent comme une curiosité. En outre on ne voit pas des trappistes partout, d'où nouvelle attraction de curiosité. Puis pour être admis à visiter la Trappe du Mont-des-Cats on doit s'engager à garder le silence le plus absolu dans les cloîtres. Cela ne manque pas d'originalité pour un Congrès. Les dames qui avaient été emmenées à l'excursion se sont vu refuser inexorablement l'entrée de la Trappe. Elles n'étaient pas contentes et disaient qu'elles n'étaient pas plus bavardes que les hommes.

La journée du 3 août a été une grande journée de travail. Le matin, séance de communications.

M. Dewèvre a lu un travail sur une nouvelle méthode d'éducation de la marche chez les ataxiques, et a fait circuler des photographies montrant les appareils employés pour agir contre la déséquilibration de la marche et pour combattre l'hypotonie musculaire.

M. G. Ballet a fait une communication sur quelques caractères de certaines formes de nymphomanie, a montré les variétés qui existent et ne permettent pas de confondre la nymphomanie avec la débauche. Cette communication a provoqué une courte discussion avec M. Régis.

M. Brissaud a ensuite entretenu le Congrès des rapports du traumatisme et de la paralysie générale. Depuis la loi sur les accidents il n'est pas rare de voir invoquer un traumatisme comme cause de la paralysie générale, d'où demande d'indemnité et procès. M. Brissaud pose la question : comment une maladie d'origine infectieuse, comme la paralysie générale, maladie caractérisée par des lésions diffuses et une marche spéciale, peut-elle être créée de toutes pièces par un traumatisme même céphalique? M. Brissaud a vu la neurasthénie traumatique, jamais la paralysie générale traumatique. Une très intéressante discussion s'est engagée sur ce point. Ont pris part à la discussion : MM. Briand, Raymond, G. Ballet, Régis, Giraud, Duret, Vallon, Christian, Pailhas. Il est résulté de cette discussion que personne actuellement ne pouvait apporter une observation probante où le traumatisme ait créé de toutes pièces une paralysie générale; mais, comme l'a dit M. Ballet, il y a l'aspect médico-légal à considérer dans cette question. Quel est le rôle du traumatisme chez un syphilitique? Sans le traumatisme un syphilitique pouvait-il rester syphilitique et ne pas arriver à la paralysie générale? M. Ballet n'ose pas l'affirmer, et demande à faire une réserve sur ce point.

La séance de l'après-midi a été consacrée à la discussion du rapport de M. Léri sur le cerveau sénile.

Dans l'exposé de son travail, M. Léri a défini la question telle qu'il l'entendait. Vieillesse et sénilité ne sont pas synonymes. La vieillesse est la dernière période de la vie à laquelle on peut fixer un début conventionnel; la sénilité, n'étant pas fonction de l'âge, peut débiter soit beaucoup plus tard soit beaucoup plus tôt que la vieillesse. Les lésions de la sénilité consistent en atrophie des éléments nerveux, prolifération du tissu interstitiel, altération des vaisseaux,

artério-sclérose. Dans le cerveau sénile, les lésions sont diffuses ou localisées. On observe des lésions lacunaires et des plaques d'un aspect particulier auquel M. Léri donne le nom d'état vermoulu. L'atrophie générale du cerveau porte surtout sur les parties antérieures; les épaississements méningés sont fréquents mais non constants; le corps calleux est atrophié, les ventricules dilatés; le cervelet participe à l'atrophie.

L'atrophie cellulaire peut être simple ou avec surcharge pigmentaire. La dégénérescence sénile des fibres myéliniques se fait généralement par atrophie simple, quelquefois avec coloration anormale, rarement avec formation de corps granuleux. Des corps amyloïdes sont assez fréquents et résultent probablement de la segmentation de cylindres-axes variqueux.

Les cellules névrogliques paraissent augmentées de nombre, mais, pour M. Léri, cette augmentation est plus apparente que réelle, est relative et due à la diminution des éléments nerveux.

Les lésions des vaisseaux sont généralement dues à l'artério-sclérose: l'artérite est le plus souvent totale; on voit plus rarement l'endartérite, la périartérite, la mésartérite. Les lésions des capillaires sont peu connues; la dégénérescence graisseuse ne semble ni très fréquente, ni proportionnée à la sclérose des petites artères.

Toutes les lésions en foyers, microscopiques et macroscopiques, paraissent dépendre des altérations vasculaires; telles sont les scléroses périvasculaires et paravasculaires, les hémorragies miliaires, les foyers disséminés de ramollissement incomplet, les lacunes de désintégration, l'état vermoulu, les grosses lésions en foyers.

Les symptômes répondant à ces lésions sont d'une part, des vertiges, céphalalgies, bourdonnements d'oreille,

somnolence ou insomnie, troubles de caractère, fatigue physique et mentale rapide, amnésie, embarras de la parole, aphasie transitoire ; d'autre part, des hémiplegies, des paraplégies, l'épilepsie sénile.

Au point de vue psychiatrique on trouve pour l'état mental du vieillard toute une série d'états de transition entre la conservation parfaite de l'intelligence et la démence sénile.

Comme conclusion M. Léri a dit que dans l'étude anatomique comme dans l'étude clinique, il a été amené constamment à rapprocher les altérations séniles des altérations par intoxications prolongées ; cette étude lui paraît être un argument en faveur de la théorie qui fait de la sénilité, dans le cerveau comme dans les autres organes, l'aboutissement de toutes les intoxications de l'existence.

Dans tout le cours de son exposé M. Léri a appuyé sa démonstration par de nombreuses projections, et il a été vivement applaudi.

La discussion a été ouverte, et ont pris successivement la parole : MM. Anglade, Sabrazès et Hussenot, Grasset, Meige, Raymond.

M. Anglade estime que l'altération du cerveau dans la sénilité est due à une encéphalite. La résistance de la cellule nerveuse est diminuée et l'activité de la cellule névroglique est exaltée. Dans le cerveau qui succombe, dit M. Anglade, un élément semble doué d'une puissante vitalité, c'est la névroglie.

MM. Sabrazès et Hussenot ont appelé l'attention sur les capsules surrénales dans la sénilité.

M. Grasset a signalé un détail curieux de certaines formes de paralysie cérébrale chez des scléreux qui marchent à petits pas en raclant le sol ; c'est la conservation de la force musculaire dans les mouvements volontaires. Quand on dit au malade qui soulève à

peine les pieds et trébuche à chaque instant de marcher en fléchissant la cuisse très haut, il exécute très bien ce mouvement à son grand étonnement. Il y a chez lui un trouble de l'automatisme avec conservation de la marche volontaire. Ce signe permet de faire la distinction du siège de la lésion dans les paraplégies. D'autre part les claudications intermittentes ont des pathogénies multiples.

M. Meige a discuté la localisation des hémiplegies dans la sénilité.

M. Raymond a rappelé les travaux faits sous sa direction sur les paraplégies des vieillards. Il faut distinguer trois variétés de paraplégies : corticales, médullaires, musculaires. Quant à l'épilepsie, on trouve la sclérose miliaire chez des épileptiques ayant commencé à avoir des attaques quand ils étaient jeunes.

M. Léri a répondu aux questions qui lui avaient été faites et la discussion a été close.

Dans la matinée du 4 août on a formé deux sections, l'une pour entendre les communications ayant trait à la psychiatrie, l'autre pour les communications se rapportant à la neurologie. Le temps manquait pour entendre dans une seule séance toutes les communications inscrites à l'ordre du jour. Nous avons déjà regretté dans un Congrès antérieur cette division en sections qui force les membres du Congrès de se diviser et les empêche d'entendre des communications intéressantes. Il est à désirer que l'ordre du jour soit toujours réglé pour donner un temps suffisant aux travaux apportés et dus à l'initiative individuelle.

Dans la section de psychiatrie, M^{lle} Pascal a lu deux communications, l'une sur les ictus dans la démence précoce, l'autre sur la forme prodromique dépressive de la démence précoce.

M. William, de Londres, a lu un mémoire sur les

suggestions maladroites dans les maladies de l'imagination. Ces travaux ont provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis et Briand.

Dans la section de neurologie on a entendu :

M. Raymond : Communication sur les tumeurs du corps calleux.

MM. Brissaud et Oberthür : Un cas d'éruption syphilitique secondaire tardive chez un tabétique.

MM. Sicard et Tanon : Syndrome associé de paralysie faciale gauche et de spasme facial droit.

MM. Brissaud et Sicard : Syndrome de Landry; valeur pronostique de la lymphe-polynucléose rachidienne.

M. Claude : Tuberculose chez les épileptiques; présence de la choline dans le sang, dans les maladies nerveuses.

M. Gaussel : Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale. Hystérie à forme de maladie de Parkinson avec astasie-abasie.

Les deux sections ont ensuite été réunies pour former une assemblée générale afin de fixer le lieu où se réunirait la dix-septième session du Congrès annuel, faire le choix des questions et se prononcer sur la proposition d'apporter une modification à l'organisation du Congrès.

M. Grasset a communiqué une invitation de tenir le Congrès de 1907 dans la Suisse romande, à Genève et Lausanne. Cette proposition a été acceptée par acclamation.

Ont été désignés :

Président, M. Prévost, de Genève ;

Secrétaires généraux : MM. Long et Berdez.

Les questions proposées ont été les suivantes :

1° Définition et nature de l'hystérie. Rapporteur, M. Claude ;

2° Psychoses périodiques. Rapporteur, M. Anthaume ;

3° Expertise médico-légale, et la question de responsabilité. Rapporteur, M. G. Ballet.

Adopté sans discussion. Il a été décidé que le Comité suisse serait invité à désigner des co-rapporteurs.

Il a été en outre admis qu'on désignerait dès cette année un vice-président pour l'année 1907, lequel deviendrait de droit président en 1908.

On a enfin décidé que, tant pour venir en aide au secrétaire général annuel qui, abordant ce rôle pour la première fois, manque d'expérience, que pour parer à des oscillations budgétaires parfois trop fortes, un Comité permanent serait constitué de la manière suivante :

Le président sortant.

Le président et le secrétaire général de la session à organiser.

Six membres élus, dont un membre étranger à la France, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non rééligibles.

Un secrétaire-trésorier.

Il a été procédé à l'élection des six membres du Comité permanent et à la désignation du secrétaire-trésorier.

MM. Arnaud, Crocq, Giraud, Raymond, Régis et Vallon ont été élus membres du Comité.

M. Meige, secrétaire-trésorier.

A la presque unanimité au scrutin secret, M. Cullerre a été élu vice-président de la session 1907, président de droit en 1908. La proclamation de ce résultat a été saluée par de vifs applaudissements.

La séance de la matinée du 4 août a été terminée par une courte communication de M. Bourneville, sur les idiots mongoliens, avec présentation de photographies.

La séance de l'après-midi du 4 août a été entièrement consacrée à la discussion du rapport de M. Leroy sur la responsabilité des hystériques.

Le rapporteur a d'abord énuméré les symptômes psychiques de l'hystérie, qu'il a ainsi résumés :

Émotivité, sensibilité exquise, impressionnabilité extrême.

Suggestibilité intrinsèque et extrinsèque.

Impulsivité.

Dédoublement plus ou moins complet de la personnalité.

Automatisme psychique.

Il a ensuite insisté sur le mensonge, la mythomanie des hystériques, qui amène à des simulations d'attentats criminels. Abordant un autre ordre d'idées, il a décrit les vols des hystériques. A côté des vols, se trouvent les pseudo-vols pendant un accès de somnambulisme ou un état crépusculaire.

Le meurtre et l'homicide sont, après le vol, les actes criminels le plus souvent relevés chez les hystériques. M. Leroy a cité plusieurs observations parmi lesquelles se trouve celle d'une hystérique persécutée persécutrice, et celle d'une hystérique ayant assassiné son amant pendant un accès de somnambulisme.

D'après M. Leroy, l'infanticide par les hystériques est, le plus souvent, effectué pendant l'état crépusculaire. Le suicide est, le plus souvent, une conséquence de l'impulsivité; toutefois, l'idée de suicide peut être consécutive à une auto-suggestion due à un songe. L'incendiaire hystérique commet son crime tantôt au cours d'attaques, de délire hallucinatoire passager, onirique, ou au cours de crises de somnambulisme, d'automatisme, d'automatisme ambulatorio, d'état crépusculaire.

M. Leroy a discuté la question de la suggestion criminelle, a passé en revue les fugues, les suppositions

d'enfants, le rapt d'enfants par les hystériques, et est enfin arrivé à la discussion proprement dite de la responsabilité. Examinant les opinions des auteurs, il constate que la plupart des médecins se prononcent pour la grande variabilité de la responsabilité des hystériques.

Irresponsabilité dans les actes commis pendant les paroxysmes convulsifs ou délirants.

Atténuation de la responsabilité dans le grand nombre des cas en dehors des crises.

Responsabilité complète dans quelques rares circonstances.

M. Leroy discute les règles de l'expertise. Il faut faire l'examen de l'inculpé en lui-même, l'examen de l'acte et des circonstances qui l'ont accompagné. On ne peut que conclure à l'irresponsabilité, quand les actes ont été commis pendant les attaques ou leurs équivalents psychiques, ou pendant le somnambulisme et les états seconds, ou dans les états crépusculaires.

L'hystérie peut être associée à d'autres facteurs pathologiques, et, là, il faut examiner chaque cas en particulier.

M. Leroy a abordé le problème de la responsabilité limitée, qui soulève bien des critiques.

« On regardera peut-être avant peu, dit-il, la responsabilité limitée comme une conception inadmissible, et nos successeurs se demanderont avec stupéfaction comment on pouvait condamner à la prison des individus non responsables, en même temps qu'on s'empressait de les rendre à la vie libre, quel que soit le danger présenté de leur fait pour la société. La responsabilité atténuée serait donc une notion irrationnelle, puisqu'il s'agit d'anormaux, et une notion dangereuse, parce qu'elle conduit les juridictions répressives à l'indulgence et à la courte peine. »

M. Leroy a terminé l'exposé de son rapport en passant rapidement en revue les simulateurs, et la question de la responsabilité en droit civil, la capacité civile, le témoignage des hystériques, l'interdiction, le divorce.

La conclusion de M. Leroy est que, « somme toute, la responsabilité est rare chez les hystériques; ce sont, le plus souvent, des malades irresponsables, relevant, selon les circonstances de l'acte criminel, et le traitement qu'ils doivent suivre, les uns de l'asile-hôpital, les autres de l'asile de sûreté ».

Après l'exposé de M. Leroy, la discussion a été ouverte, discussion à laquelle ont pris part MM. Briand, Grasset, Régis, William, Drouineau, Dupré et Joire.

M. Briand a contesté que l'impulsion au crime fût un phénomène hystérique, et croit que cette impulsion appartient à la dégénérescence. Il a signalé un mode de suggestion indirecte, et cite l'observation d'une malade qui était conduite par des individus devant les magasins du Louvre. Elle y commettait des vols, et était débarassée, à la sortie, par ses compagnons, du produit du vol. On doit tenir compte, dans l'appréciation de la responsabilité des hystériques; de l'influence du milieu. Enfin, M. Briand pense que l'expression responsabilité limitée a une signification bien déterminée.

M. Grasset a commencé par féliciter M. Leroy de son rapport, puis a défendu, avec la vivacité que l'on connaît au professeur de Montpellier, la responsabilité atténuée des hystériques. On dit que cette doctrine est dangereuse, parce qu'elle conduit à diminuer les peines et parce que la multiplication des courtes peines est une mauvaise chose. Ce n'est pas la doctrine scientifique, mais notre législation qui est défectueuse. Il y a lutte entre le bien et le mal chez les normaux et les anormaux, mais il est impossible de classer en deux plans les normaux et les anormaux. Il y a, entre les deux, les

psychiques, des êtres inférieurs. Les hystériques ne sont ni des responsables ni des irresponsables. En n'admettant pas la responsabilité atténuée, on étend, outre mesure, le nombre des responsables à mettre en prison et celui des irresponsables à mettre dans les asiles. Il y a des individus qui ne devraient être mis ni à l'asile ni à la prison. Cela ne prouve pas que la responsabilité atténuée n'existe pas, mais bien qu'il manque l'asile-prison, où il y ait à la fois la punition et le traitement.

M. Régis s'est associé à M. Grasset pour soutenir la doctrine de la responsabilité atténuée, qu'il ne faut pas confondre avec la responsabilité partielle. La société doit se défendre si l'individu est dangereux. On a récemment reculé la limite de l'âge de discernement de seize à dix-huit ans. Il ne faut pas abandonner la doctrine de la responsabilité atténuée pour obtenir l'établissement intermédiaire entre l'asile et la prison. A l'occasion d'une observation citée par M. Léroy, dans son rapport, M. Régis n'hésite pas à dire que l'expert n'a pas le droit de mettre un inculpé en état d'hypnose.

M. William a entretenu le Congrès des écoles de réforme en Amérique.

M. Drouineau dit qu'à la Société des prisons, on a réuni des médecins, des magistrats, des administrateurs, pour discuter la question de ces établissements intermédiaires qu'on réclame aujourd'hui. Le terme asile-prison est mauvais, parce qu'on ne veut pas confier ces établissements à l'administration pénitentiaire mais à l'Assistance publique.

M. Dupré a rappelé que Garnier proposait l'expression « Asiles de sûreté ». Il a ensuite insisté sur la distinction que l'on doit faire entre les tares de nature dégénérative et les phénomènes hystériques.

M. Joire a dit que ce qui caractérisait l'état mental de l'hystérique, c'était le trouble d'équilibre des facultés.

Il y a excès d'activité de certains centres, et diminution d'activité d'autres facultés, passage facile à l'état second.

M. Leroy a répondu quelques mots aux observations qui lui étaient faites, et la discussion a été close.

Quelques mémoires avaient été envoyés par des adhérents non présents au Congrès. On a jugé que ces mémoires devaient être déposés pour être publiés avec les mémoires du Congrès, et qu'il n'y avait pas lieu d'en donner lecture puisqu'on ne pouvait pas discuter avec un absent.

La soirée du 4 août était occupée par une réunion inscrite à l'ordre du jour sous la rubrique : « Punch offert par M. le Dr Grasset, président du Congrès ». En réalité, ce punch était une soirée musicale, à laquelle les dames étaient invitées, où les membres du Congrès étaient réunis en congressistes, et où le professeur Grasset se montrait le plus aimable des présidents. De l'avis unanime, charmante soirée.

Le dimanche 5 août a été jour de congé, ou, du moins, on a disposé de cette journée pour aller visiter l'exposition de Tourcoing et faire le banquet par souscription du Congrès.

Nous avons été reçus à l'Hôtel de ville de Tourcoing par M. le Dr Dron, député, maire de Tourcoing ; de là, M. Dron nous a conduits à l'Exposition, dont il nous a fait les honneurs avec une bonne grâce charmante, a pris part au banquet auquel assistait le préfet du département, et ne nous a quittés que le soir, après nous avoir fait visiter diverses œuvres d'assistance.

Le 6 août était la dernière journée de travail, en combinant la dernière séance avec une excursion au bord de la mer ; il faut bien le dire, l'excursion a pris, dans la journée, beaucoup plus de place que le travail. L'ordre du jour portait : Séance de communications à l'Hôtel de

ville de Boulogne. Le Congrès, dont le nombre des membres était très réduit, a été reçu à l'Hôtel de ville par la municipalité; échange de compliments, des coupes de champagne sont gracieusement offertes. Malgré ce prélude, la séance ne se ressent nullement de la chaleur communicative des banquets. Tout se borne à deux courtes communications, l'une de M. Anglade sur un cas de démence précoce avec autopsie, l'autre de M. Dubourdieu sur la situation fâcheuse des médecins des asiles, au point de vue de la retraite, dans certains départements. M. Drouineau a répondu à M. Dubourdien que la question était à l'étude, au ministère de l'Intérieur, et ne serait pas abandonnée. C'était la clôture définitive des travaux de la session et il n'y avait plus qu'à aller faire un tour de promenade sur la plage.

Une dernière excursion était comprise au programme pour le 7 août, c'était celle de Dunkerque avec visite des sanatoria de Saint-Pol-sur-Mer et de Zuidcoote; mais nous sommes ici en dehors de l'aliénation mentale et de la neurologie.

Nous pouvons dire de nos Congrès : la session close, vive la nouvelle session ! Notre futur Congrès, à Genève et Lausanne, s'annonce comme devant être très brillant. L'accueil fait à la proposition de nos confrères de la Suisse romande peut permettre d'assurer que les habitués du Congrès se trouveront bien au complet. Nous savons que la Suisse est un pays hospitalier, et on peut ajouter : l'attrait d'un beau pays est loin de nuire au succès du Congrès.

A. GIRAUD.

Pathologie.

LA

PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE

Par le Dr FRANCO DA ROCHA

Directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Paul (Brésil).

Le succès de la conception clinique de Kraepelin, le créateur de l'expression synthétique — « folie maniaque-dépressive » — a été grand parmi les médecins brésiliens et il nous oblige à formuler une opinion sur l'innovation présentée par le savant professeur.

Notre humble personnalité comme aliéniste nous dispenserait de discuter cette question, il n'y a aucun doute ; et même nous n'avons aucunement la prétention de tenir tête à un aussi illustre observateur. Le but de ces lignes est d'exposer simplement les motifs qui nous empêchent de le suivre en tous les points de son innovation ; motifs qui prennent leur origine dans la clinique et nous paraissent, par cette raison même, justifiés.

Celui qui, comme nous, aura suivi la clinique psychiatrique pendant trois lustres, en observant certains malades spéciaux pendant ce laps de temps, restera sans doute impressionné par les nombreuses vérités émises par Kraepelin.

En effet, un grand nombre de malades reçus en état d'excitation maniaque reviennent, quelque temps après

leur cure, dans le même état où ils s'étaient présentés la première fois, et ce dans un espace de temps très variable suivant les sujets. Dans quelques cas les périodes de la folie ont toujours eu la même durée que celles de la santé ; ces cas ne sont pas les plus fréquents, ils sont rares.

Il est un peu plus fréquent de voir des malades dont les périodes de santé aussi bien que de folie ont une durée irrégulière, quoique toujours avec le même caractère morbide, l'excitation maniaque.

Ces cas sont ceux d'excitation maniaque intermittente, dans lesquels on n'observe pas de période de dépression. Personne ne pourra nier leur existence et quiconque aura observé un grand nombre de malades sera obligé de confesser qu'il les a constatés.

En voici un exemple :

Obs. I. — C..., Brésilien, vingt ans, célibataire, étudiant. Après quelques nuits d'insomnie et d'excès d'études il commença à manifester un caractère hautain, peu de respect pour ses parents, une activité exagérée et de l'insomnie, une humeur allègre, un esprit vif, des réparties d'à propos et espiègles, une mémoire surexcitée, une conversation imprudente et mordante, et tout cela sans incohérence alarmante; cette incohérence apparut graduellement, dans une progression qui atteignit son maximum au bout de vingt jours de maladie, époque à laquelle l'ensemble symptomatique commença à céder jusqu'à l'apparition de l'état normal, au trente-cinquième jour. Après douze jours d'état normal sans aucune dépression, l'excitation recommença et dura seize jours ; l'état normal réapparut alors pendant quatorze jours que suivit une nouvelle phase d'excitation de quinze jours, puis de nouveau dix-huit jours d'état normal suivis de nouveau de quinze jours d'excitation auxquels succéda un an d'état normal.

L'année finie, nous assistions au commencement d'une nouvelle phase d'excitation toujours avec le même caractère.

Nous avons donc là un exemple typique d'excita-

tion maniaque intermittente. Dans ces conditions nous avons observé différents malades dont nous ne reproduisons pas les observations pour éviter la monotonie et la prolixité de cet article.

Sera-t-il raisonnable, demandons-nous, de donner à ces cas la dénomination de psychose maniaque-dépressive?

Il ne se présenta dans ces cas aucune dépression justifiant cette dénomination. Folie intermittente, oui; sa classification est en effet parmi les psychoses périodiques en y ajoutant l'adjectif distinctif *intermittentes*.

De tels individus sont, dans leur majorité, sinon en totalité, des dégénérés; en eux, la tare de dégénérescence se révèle par ces déséquilibres périodiques dans les fonctions mentales.

Faut-il conclure de cela que d'autres individus dont le cerveau a atteint le degré normal de son évolution (mais qui sont prédisposés) ne puissent avoir un seul accès d'excitation maniaque et en guérir? Absolument non. Nous pourrions citer plus d'un exemple où un accès unique de manie a constitué une atteinte mentale complète, passant à l'état chronique puis à la démence, ou bien disparaissant pour ne plus revenir, sans aucune dépression.

Ainsi nous connaissons le cas d'un malade guéri il y a seize ans et qui n'a pas eu de rechute jusqu'à aujourd'hui. Un autre cas traité par nous, il y a treize ans, n'a pas eu non plus de rechute jusqu'à présent. Les deux malades présentaient l'aspect clinique du premier cas décrit ci-dessus, sans aucune dépression; l'affection a duré huit mois dans un des cas et six mois dans l'autre.

Ces cas ne seront-ils que des formes *avortées* de manie intermittente, comme le pense Kraepelin? C'est possible, il n'existe pas de motif sérieux à opposer

à cette manière de les interpréter, vu que de tels cas sont très rares, car ceux qui ont des rechutes sont les plus fréquents.

Comme on le voit, nous ne sommes pas entièrement opposés à la conception de l'illustre professeur, bien qu'il nous paraisse plus raisonnable d'admettre comme des récidives, les accès qui par hasard peuvent se manifester chez de tels malades après tant d'années de santé complète, au lieu de la manifestation d'une vraie folie périodique. Dans celle-ci la tare est plus lourde, l'intégrité de la santé n'est pas aussi complète dans les intervalles qui aussi ne sont pas si longs.

Nous n'acceptons pas cependant sa classification en ce qui concerne la psychose *maniaque-dépressive*; cette unification est par trop exagérée. — Ceci pour ce qui touche à la manie.

Pour la mélancolie nous verrons qu'il y a excès de généralisation. La mélancolie périodique, sans période d'exaltation ou excitation, se rencontre seule avec une extrême rareté; mais le fait est qu'elle se rencontre; en voilà un exemple :

Obs. II. — Z..., âgée de vingt ans, célibataire, Brésilienne, a eu dans sa famille plus d'un cas de névropathie. Son père était tuberculeux. Sa maladie a commencé par l'insomnie, l'anorexie, une affliction vague sans aucun motif, une crainte exagérée de tout et de tous; fuyant les personnes de son intimité pour se cacher dans sa chambre et pleurer éperdument, refusant remèdes et aliments et tombant quelquefois dans le mutisme. Elle ressentait des sensations anormales dans la tête, une sensation de vide et une sensation précordiale; mais ces idées tournaient dans un cercle étroit et douloureux de ruine, de misère, de perdition qui se traduisaient par des plaintes et des lamentations interminables accompagnées de gémissements. Cet état a duré quatre mois, après lesquels survint un bon état de santé. Elle se maria et se porta bien durant quelque temps, cependant le deuxième accès ne tarda pas à apparaître; elle s'en rétablit. Trois périodes de perturbation se

produisent ainsi dans l'espace de huit ans, tous égaux à la première que nous avons décrite.

Nous avons donc vu qu'il existe des cas de dépression mélancolique périodique, mais sans aucune phase de manie. On ne peut pas dire qu'il y ait simple prédominance d'un syndrome, il y a un syndrome *dépression* avec exclusion des périodes *maniaques*.

La mélancolie existe aussi sous une forme isolée, indépendante du type périodique. Ce fait est reconnu par Kraepelin et ses disciples, avec la restriction cependant qu'elle apparaît comme maladie, à partir seulement de quarante-cinq ans ou de l'époque d'involution (*Rückbildungsalters*).

Si de fait on rencontre plus fréquemment la forme typique de mélancolie chez les individus âgés, il n'est pas moins certain qu'elle se rencontre aussi, comme nous l'avons vu, chez les jeunes gens de vingt et un, vingt-cinq et trente ans. En voici un exemple :

Obs. III. — M. B..., âgée de vingt et un ans, jeune fille, Brésilienne; son père est mort tuberculeux et sa mère d'une néphrite parenchymateuse. Des contrariétés d'ordre moral ont été le point de départ de l'affection mentale. L'insomnie, l'amaigrissement, la dysménorrhée, l'anorexie, l'angoisse précardiale, la tristesse, l'anesthésie psychique douloureuse, les préoccupations hypocondriaques, les pleurs, les lamentations continuelles; tout cela formait le cortège symptomatique impressionnant et naturel de la mélancolie. Sa perception était claire et lucide, mais son incapacité pour travailler ou se livrer à une occupation quelconque était évidente. L'altération des sentiments était profonde; elle n'avait plus de joie, ni de douleur, ni d'amour; tout lui était indifférent dans le monde, disait-elle: je suis une ombre, je n'ai plus de sentiment, je suis la créature la plus malheureuse et infortunée du monde, je vais mourir, je ne sais ce qui m'est arrivé et personne ne le sait, tout est si absurde et si extraordinaire!...

Et elle finissait ces phrases avec des gémissements et des lamentations.

Après sept mois de traitement elle est revenue à la santé.

qu'elle a conservée jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis plus de six ans. Elle s'est mariée, a eu des enfants et aucun accès ne s'est plus manifesté.

Voilà donc un cas de mélancolie qui, malgré sa manifestation chez une jeune fille, possède tous les symptômes qui se présentent chez les vieillards.

Quant aux cas qui surviennent durant la grossesse ou la période de lactation chez des femmes encore jeunes, ils laissent Kraepelin dans le doute (1). Nous ne voyons pas de motif pour un tel doute, si ce n'est une nécessité pour la doctrine.

Nous remarquons que dans la clinique on rencontre : la manie isolée et la manie intermittente, la mélancolie isolée et la manie intermittente, comme types purs quoique peu fréquents.

Ce que l'on rencontre journellement aussi dans la clinique, chez le même individu, c'est la réunion des syndromes opposés : excitation maniaque avec phases de dépression, ou dépression mélancolique avec phases d'excitation, et prédominance d'un syndrome au point de masquer l'autre en donnant une forme particulière à la période de folie. Les intervalles de mentalité normale (quand ils existent) indiquent un individu dégénéré d'une façon plus accentuée alors que dans les cas de folie intermittente pure.

Le syndrome prédominant peut se présenter sous un aspect différent chez chaque malade, c'est-à-dire depuis la simple dépression sans délire jusqu'à la mélancolie anxieuse et la stupeur ; ou, quand prédomine l'excitation, celle-ci peut varier depuis la forme raisonnée presque imperceptible, jusqu'à l'état d'incohérence ver-

(1) Ob auch gewisse der Schwangerschaft und der Lactation angehörige, klinisch ähnliche Formen aus früheren Lebensalter hierher zu rechnen sind, möchte ich einstweilen noch unentschieden lassen.

bale et motrice, jusqu'à l'exaltation mouvementée et jusqu'aux accès de furie destructive.

De cette combinaison naît la variété des types cliniques qui se distinguent par la manière dont le symptôme prédominant se trouve intercalé avec des phases courtes du symptôme opposé.

Le type le plus rare est celui de l'alternance régulière connue sous le nom de folie circulaire, dénomination qu'il convient de conserver parce qu'elle est déjà très connue.

Le type mixte est celui où se combinent parallèlement les éléments des syndromes opposés. Ces malades chez lesquels les périodes de folie sont, par exemple, produites par la stupeur avec agitation motrice et tendance destructive sont très fréquents à Saint-Paul, contrairement à l'assertion du Dr A. Peixoto, relative à Rio de Janeiro (1).

Nous arrivons au point principal de cet article.

La dénomination *psychose maniaque-dépressive* s'applique d'une façon admirable, sans aucune objection, au type auquel nous nous référons en dernier lieu. Cette dénomination doit même s'étendre aux diverses variétés de la folie alternée, type continu ou circulaire, de double forme et autres. L'utilité de cette généralisation est indubitable. L'expression est très suggestive et embrasse tous les cas dont l'affinité est indiscutable.

Ce sont des dégénérés, évidemment; chez de tels malades, le retour à la période normale est celui d'une santé relative, et cependant on ne peut parler de l'intégrité mentale telle qu'on la rencontre dans la folie intermittente pure. Nous devons avouer que souvent nous nous sommes vu sérieusement embarrassé pour classer

(1) *Archivos Brasileiros de Psychiatria, neurologia e sciencias affinas*, n° 1, 1905.

certain cas de *manie* qui, nous le voyons bien, n'appartenaient pas à la vraie manie. Le fait se présentait dans le premier accès, quand nous n'avions encore aucune connaissance des répétitions d'accès qui avaient alors permis de les classer comme périodiques.

Le recours était de les classer sous le titre : *Délire polymorphe des dégénérés*.

La dénomination conçue par Kraepelin correspond donc à une nécessité ; elle constitue une amélioration clinique d'une valeur indéniable ; appuyée par une autorité aussi remarquable, elle fera son chemin (1). Nous ne l'acceptons pas, cependant, avec la généralisation qui lui a été donnée.

Au lieu de faire, comme Kraepelin, de l'expression *folie maniaque-dépressive* le genre, et de la *folie périodique* l'espèce, nous faisons plutôt le contraire. Pour nous, la folie périodique étant une désignation plus vague, c'est le genre ; et la folie maniaque-dépressive est une espèce avec ses variétés : circulaire, double forme, etc.

Du schéma des types cliniques de psychose maniaque dépressive que nous avons lu dans l'article de notre savant collègue, le Dr Afranio Peixoto (2), nous excluons le groupe suivant des deux premiers :

Types purs	{	Type simple (manie et mélancolie).
rare.		Type intermittent (manie et mélancolie).

(1) Kraepelin a été heureux en créant la dénomination folie maniaque-dépressive, mais il ne l'a pas été dans l'application du titre « Démences précoces ». C'est un titre vide de sens, celui-ci, plein d'ambiguïtés, et qui produit des doutes. Pourquoi ne pas inclure la paralysie générale dans les démences précoces ? Elle a plus de droit à ce nom qu'aucune autre des folies qu'on réunit dans ce groupe. L'expression démence précoce doit être bannie des classifications psychiatriques.

(2) *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1905.

Nous acceptons tous les autres et la raison en est visible, si on se rapporte à ce que nous avons dit.

Il nous semble que, depuis le prédisposé au degré normal de l'évolution jusqu'au dégénéré caractérisé par des stigmates bien apparents, il existe une graduation qui nous explique l'existence de types cliniques isolés de manie et mélancolie ; les types intermittents, dont les accès sont de même nature, comme s'ils étaient stéréotypés, viennent ensuite ; plus gravement atteints dans leur développement, les dégénérés présentent alors ces cas cliniques qui s'appliquent d'une façon très appropriée à la *Psychose maniaque-dépressive*.

Il est nécessaire de décrire séparément la manie et la mélancolie, afin d'éviter, dans le chapitre des psychoses périodiques, un amas de descriptions sans connexion et divergeantes.

Nous ne voyons pas une autre manière d'établir une classification pour ces états *psychopatiques* dont nous nous occupons, tant qu'on ne trouvera pas une base solide de classification, étiologie et anatomie pathologique, uniques éléments assurés, parce que l'évolution est, comme on le voit, pleine d'interprétations divergentes.

Et, à propos d'éléments solides, que l'on nous excuse de dire que Kraepelin n'a rien avancé ; nous sommes encore... « *so klug als wie zuvor* ».

Tant que l'on n'établira pas la classification des types morbides, en prenant pour base de solides éléments, les classifications ne seront que de simples méthodes d'étude pour lesquelles les types de transition constituent des difficultés inévitables ; mais nous ne devons pas, pour cette raison, négliger de séparer ce qui nous paraît différent.

La conception de Kraepelin possède un attrayant aspect philosophique et rendrait facile aux médecins,

dans la pratique, la classification de leurs malades ; cependant, avec une spécification aussi vague des malades, ils seraient obligés de créer tant de divisions et subdivisions que nous tomberions dans le même état primitif que les disciples de Kraepelin veulent abandonner. Sinon, il en serait de même que si, dans l'étude de la botanique, on nous montrait une plante et on nous disait : « elle appartient à la famille des Euphorbiacées... » Or, dans les Euphorbiacées se trouvent des plantes médicinales, vénéneuses, comestibles, etc. ; de même, dans la psychose maniaque-dépressive, nous aurions beaucoup de spécifications à déterminer.

Ce sont tous ces motifs, déjà énumérés, qui nous ont amenés à ne pas accepter complètement la conception du savant professeur de Munich. Nous ne sommes pas seul à penser ainsi : l'illustre professeur L. Bianchi, de l'Université de Naples, pense de la même façon. Voici ce qu'il dit : « Pour la même raison que nous indiquons, si ce n'est suivant la statistique, mais « suivant les opinions de Soukhanoff et Ganouckhine, « on doit conserver cette nomenclature comme existante de fait, — la manie pure et la mélancolie pure, « — auxquelles on doit ajouter les formes récidivistes « et périodiques qui constituent ensemble un groupe « différent de celui cité ci-dessus, *de forme maniaque-dépressive*, que nous décrivons dans un chapitre « spécial. » (*Traité de Psychiatrie*, p. 632).

A la recherche d'une base uniforme devant servir de base à sa conception, Kraepelin s'est trouvé dans la nécessité de considérer la manie et la mélancolie comme des manifestations diverses d'un même fait. C'est un passage de son livre que nous ne pouvons passer sous silence, car nous ne l'acceptons pas.

La Manie et la Mélancolie, disent les partisans de cette doctrine, présentent, comme phénomène fonda-

mental, une dyscénesthésie ; c'est une perturbation du tonus vital dont l'humeur est une traduction apparente. Or, si les états d'humeur sont opposés dans ces syndromes, ils doivent traduire des perturbations cénesthésiques inverses. Leurs manifestations, disent-ils, sont inverses, mais le mécanisme de leur production est unique et semblable.

Quod probandum est... ; donc la pathogénie de ces états n'est pas inconnue. Comment en appellent-ils à l'inconnu ?

C'est ce que l'on appelle une *pétition de principe*.

Si les manifestations de ces syndromes sont tellement opposées et si nous n'ignorons pas leur mécanisme, il est plus juste d'admettre que le mécanisme est différent.

Ils nient l'exaltation physique de la manie et ils indiquent les résultats des observations dynamométriques comme un argument irrécusable. Les observations ont-elles été faites sur les mêmes individus en état normal ? Les articles auxquels nous nous sommes référé ne le disent pas ; cependant, comme il n'existe pas une quantité absolue de force musculaire pour servir d'étalon, cette mesure proportionnelle serait indispensable avec un critérium acceptable pour pouvoir juger de l'existence réelle ou non de l'exaltation.

Ce que personne ne pourra nier, c'est que les mouvements exécutés par de tels malades, pendant des semaines et des mois, seraient suffisants pour éreinter un homme dans son état normal, aussi vaillant qu'il puisse être.

De même qu'ils nient l'exaltation physique, ils repoussent l'expression « Fuite d'idées », expression dont s'est servi Kraepelin lui-même (*Ideenflucht*). L'expression *idée* signifie un ensemble d'images enregistrées par la mémoire et prêtes à être éveillées par des stimulants appropriés. Dans l'état normal, en parfait équi-

libre de circulation et de nutrition, ces images sont éveillées graduellement par un procédé régulier d'association : il y a une coordination dans le fonctionnement des centres cérébraux supérieurs, de sorte que les images passent par le foyer de la conscience avec modération. Chez le maniaque, l'excitation générale du cortex cérébral ne permet plus l'inhibition des centres cérébraux superposés les uns aux autres dans leur ordre hiérarchique ; ils fonctionnent tous avec la même activité et une précipitation inépuisable. Les images surgissent et passent comme des étincelles électriques associées au hasard, automatiquement ; la conscience se trouble dans ce tourbillon irrésistible. L'expression : « fuite des idées » donne une notion bien claire de ce phénomène.

L'éréthisme des centres psychomoteurs fait que la transformation des idées en actes atteint quelquefois à un degré où on ne peut plus parler d'association d'idées ; toute inhibition cesse, il n'existe plus que l'automatisme verbal et moteur, la désassociation enfin.

Nous n'avons pas besoin de nous étendre sur la description de tels phénomènes ; les belles pages des leçons cliniques de Magnan existent, entre autres, à ce sujet.

L'hyperidéauté dans la manie n'existe pas en fait, si par cette expression on veut désigner l'abondance de *raisonnements* ou de *pensées* enchaînées entre elles ; il est clair que non. Mais si, au lieu de considérer les cas aigus dans lesquels le désordre de l'association d'idées est notable, nous prenons un cas mitigé, nous verrons que la distinction que nous cherchons à établir entre les deux syndromes a une raison d'être.

Nous connaissons un cas, depuis trente ans, que nous allons citer ; nous ne pourrions trouver un exemple plus instructif :

OBS. IV. — J. P..., âgé de soixante ans environ, Brésilien,

agriculteur. Nous ne lui connaissons pas d'antécédents psychopathiques dans la famille; il n'a pas d'enfants. Nous ne nous rappelons pas de quelle façon se sont manifestées les premières phases de sa maladie (nous étions enfants en même temps). Aussi réglé qu'une horloge, cet homme a six mois de vie active et six mois d'hivernage, si l'on nous permet cette expression. Dans la période de sa vie active, il ne reste pas chez lui; il fait des voyages, des excursions, il négocie, il est parleur, joyeux, bon, politique passionné, il dépense l'argent avec une certaine largesse et supporte quelquefois de sérieuses pertes; il est entreprenant, animé et infatigable. Tout le monde dit alors qu'il *est bien*. Au bout de ces six mois, il s'abstient peu à peu de l'activité, rentre chez lui, et l'homme actif disparaît. Il se couche, s'alimente peu, ne reçoit pas de visites, ne parle que par monosyllabes, et sa voix va en s'affaiblissant, devenant presque imperceptible; sans courage, abattu, il maigrit, et reste ainsi pendant six mois (dernièrement, il a augmenté son temps de repos). Tout le monde classifie alors son état en disant qu'il a *sa névrose*.

Son épouse dirige avec activité les services de sa propriété agricole, et lui est ainsi d'une grande utilité; sans cela il n'aurait pu se maintenir dans cette forme mitigée qui lui a permis de vivre au milieu de la société.

Nous posons maintenant la question : L'état organique qui se révèle sous ces deux formes sera-t-il le même? Si nous ne le connaissons pas, il sera plus logique de supposer qu'il est différent.

Ces observations faites, nous pensons avoir donné les motifs qui pèsent sur notre esprit et ne nous permettent pas d'inclure dans la folie maniaque dépressive tout ce qu'y amoncèlent les disciples de Kraepelin.

Que l'on ne dise pas que la distinction établie ci-dessus est inutile. En médecine légale, elle a son importance, qui n'est pas petite, provenant de la capacité mentale que l'on attribue au malade dans les intervalles lucides, capacité jugée diversement dans l'une et l'autre doctrine. Cette considération suffit pour démontrer que nous ne discutons ni théoriquement ni inutilement.

Établissements d'aliénés.

—
DES

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

D'IDIOTS ET D'ÉPILEPTIQUES

DU RÔLE DU MÉDECIN DANS CES ÉTABLISSEMENTS

Par le Dr A. ADAM

Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges
à Bourg (Ain).

(Suite) (1).

V

Voici donc l'asile établi : rien n'y manque. En hiver, une température agréable et assurée partout ; en été, la provision de glace permet d'atténuer les effets de la chaleur. Les malades ont des habitations qu'envieraient bien des ménages bourgeois ; l'eau chaude et l'eau froide sont distribuées à tous les étages ; l'éclairage électrique verse à profusion la lumière dans les logements et dans les préaux ; tout le confortable qu'on trouve dans les hôtels modernes est assuré aux pensionnaires ; les serviteurs mêmes ont leur villa pour se délasser à leurs heures de loisir. C'est évidemment parfait.

(1) V. les *Annales* de juillet-août 1906.

Le D^r Ilberg dit que c'est là la description de l'asile idéal de traitement et d'entretien, mais il a omis de dire quel serait le prix de revient par place. Comme pour peindre cette installation idéale il n'a eu en quelque sorte qu'à décrire l'asile de Grossschweidnitz, où il est médecin, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'être fixé sur ce point. Or, des renseignements que M. le D^r Ilberg a bien voulu me donner avec un empressement dont je ne saurais trop le remercier, il résulte que Grossschweidnitz, qui a 434 pensionnaires, mais qui est dès maintenant aménagé pour en recevoir 500 et pourra plus tard en recevoir 600, a coûté 3.600.000 marks, soit 4.500.000 francs. Cela fait, en comptant avec 600 places, 6.000 marks ou 7.500 francs par place.

Il est, croyons-nous, peu de départements en France qui seraient disposés à faire de pareils sacrifices pour le service des aliénés ; d'autant plus qu'il paraît démontré qu'on peut créer, sinon l'asile idéal, du moins des établissements qui remplissent convenablement les conditions nécessaires au bon fonctionnement des services, à un prix bien inférieur. « Si l'on fait abstraction des asiles de la Seine et du Rhône, qui ont été construits dans des conditions exceptionnelles, dit en effet le Rapport général des inspecteurs du service au ministère de l'Intérieur en 1878, le prix de la place a oscillé, depuis 1852, entre 1.546 francs et 1.800 francs ; et pour ne parler que des établissements créés de toutes pièces, à peu près à la même époque, ou tout au moins de 1858 à 1868, entre 1.546 francs (Pan) et 2.807 francs (Evreux). »

Il est vrai que ces établissements ne sont pas construits sur le type des pavillons isolés ; mais à Bron (Rhône), où ce système a été adopté, le prix de la place n'a atteint que le chiffre de 4.617 francs. Il n'y a

que pour deux asiles de la Seine que ce prix est sensiblement égal à celui de Grossschweidnitz : Vacluse (7.760 fr.) et Ville-Evrard (7.190 fr.).

Il est des pays qui ont fait des sacrifices encore plus considérables, puisqu'à Lucerne (asile Saint-Urban) on a dépensé 8.000 francs, et à Zurich 10.000 francs par place. Ces sacrifices sont évidemment tout à l'honneur des administrations qui les ont consentis ; mais ils ne sont malheureusement pas à la portée de tous les budgets, et il est à craindre que bien souvent la nécessité d'équilibrer ceux-ci ne se dresse comme une réalité inéluctable en face de l'idéal à atteindre.

VI

Quoi qu'il en soit, voici quelle est l'organisation du service dans cet asile idéal.

Pour 600 malades, le personnel médical se composera d'un directeur-médecin et de 6 médecins.

Le plus ancien des 6 suppléera en cas de besoin le directeur-médecin, et sera médecin d'une section. Le confrère qui vient après lui par ancienneté sera médecin de l'autre section. Les 4 autres confrères fonctionneront comme assistants.

Ce personnel médical est secondé par un personnel de surveillance comprenant 3 surveillants-chefs pour les hommes, 3 surveillantes en chef pour les femmes. Le nombre du personnel de surveillance sera calculé à raison d'une personne pour 5 malades.

L'auteur insiste avec raison sur les multiples qualités qu'on doit exiger de ce personnel ; et il faut reconnaître qu'en Saxe du moins l'administration fait des sacrifices qui peuvent justifier ses exigences. Le recrutement du personnel se fait, en effet, au moyen d'une école d'infirmiers et d'infirmières, où ne sont admis que des sujets

ayant bonnes références et bonne santé, et âgés de vingt à trente ans. Pendant six mois ces élèves sont nourris et logés, et reçoivent 5 fr. 60 d'argent de poche par mois. Ils peuvent à tout moment être renvoyés de l'école, comme ils peuvent la quitter sans dédit. Après six mois d'école, ils entrent à l'asile comme aides-infirmiers ou comme aides-infirmières, sont nourris, logés et blanchis, et touchent un traitement de 50 francs par mois pour les hommes et 37 fr. 50 pour les femmes. Après deux ans de service en qualité d'aides, ils passent infirmiers en titre et touchent, outre les mêmes avantages en nature, un traitement de 787 à 1.350 francs pour les hommes, et de 560 à 900 francs pour les femmes. Le dédit est réciproquement fixée à trois mois. Ces employés sont fonctionnaires d'Etat et ont droit à la pension de retraite. Un jour de congé est accordé chaque semaine ; les infirmières ont droit en outre à un congé de sept jours par an, et des congés analogues sont accordés aux infirmiers en cas de besoin. C'est parmi ce personnel que se recrutent les surveillants et les surveillantes en chef.

Avec de pareils avantages on comprend que le personnel s'applique à conserver une position dont il ne trouverait pas l'équivalent du jour au lendemain, et qui lui assure l'avenir.

Quant au service médical, il ne saurait manquer de bien fonctionner avec 6 médecins, plus 1 médecin-chef directeur dont le rôle médical est loin d'être effacé, comme on pourrait le croire, en raison des occupations administratives.

Nous ne suivrons pas le D^r Ilberg dans l'énumération des détails nombreux qui doivent retenir l'attention du médecin à la visite. Celle-ci a lieu tous les matins et est faite dans chaque section par le médecin traitant et ses assistants. Le directeur-médecin, selon ses occupa-

tions ou ses préférences personnelles, assiste à une partie de la visite, ou voit seul une partie des pensionnaires, de manière à les visiter tous les deux ou trois jours.

Une seconde visite a lieu le soir, et le médecin est appelé dans les intervalles aussi souvent que cela est nécessaire ; il est d'ailleurs relié par téléphone avec les pavillons des malades. Les médecins sont encore appelés à établir des bulletins de santé, et devront veiller à ce qu'il n'en soit pas délivré à des correspondants non qualifiés pour en demander ; enfin ils devront cultiver la médecine légale, puisqu'ils peuvent être appelés à rédiger des rapports médico-légaux pour la juridiction tant civile que criminelle.

Mais l'activité de 7 médecins, quelle que soit la sollicitude qu'ils apportent à donner des soins aux malades, ne saurait être absorbée complètement par ces fonctions ; aussi leur demande-t-on de se livrer, dans la mesure de leurs aptitudes, de leurs goûts et des loisirs que leur laisse ce service, à des études susceptibles de contribuer au progrès de la psychiatrie.

Le Dr Ilberg estime que tout médecin d'asile trouvera une heure par jour pour manier le microscope, et que s'il peut laisser aux maîtres de l'Université le soin des recherches scientifiques proprement dites, il devra au moins être assez familiarisé avec le maniement du microscope et l'étude du système nerveux normal pour pouvoir contrôler dans son laboratoire les lésions caractéristiques des différentes maladies ; que ses investigations devront porter aussi sur les vices de conformation du crâne, les anomalies des circonvolutions cérébrales, le poids du cerveau et de ses différentes parties, l'histologie du système nerveux, la pathologie du sang, la chimie normale et pathologique du cerveau.

Les procédés de recherche de Meynert au moyen de

l'anatomie comparée, de Flechsig au moyen de l'embryologie, de von Gudden par la méthode des arrêts de développement, de Turck par les dégénérescences secondaires, sont aussi à utiliser. Les observations cliniques avec autopsie et description des lésions constatées au microscope constituent des documents précieux.

Ces études d'anatomie pathologique ne sauraient faire négliger les études cliniques, plus à la portée de tous, et susceptibles néanmoins de faire progresser la pathologie et la thérapeutique des affections mentales.

Aux médecins portés surtout à étudier la littérature médicale, il appartiendra de la résumer, d'en faire un triage heureux et de la présenter à leurs confrères, qui ne sauraient tout lire, en des comptes rendus ou analyses, et en des traductions, s'ils connaissent plusieurs langues.

A ceux qui se sentent des dispositions pour l'enseignement, il appartiendra de faire des conférences dans les réunions de médecins praticiens, ou de la vulgarisation scientifique par des écrits populaires. Les photographes amateurs et les collectionneurs pourront réunir des documents intéressants ; et ceux qui ont du goût pour les études historiques pourront faire des incursions dans le passé, analyser au point de vue psychiatrique l'esprit et les œuvres des personnes célèbres, ou s'occuper de l'état de la psychiatrie et des aliénés dans le passé.

Nous avons vu que le directeur-médecin ne voit ses malades que tous les deux ou trois jours ; néanmoins il reste le seul médecin en chef : c'est lui qui en dernier ressort est directement responsable. Aussi rien d'important ne devra être entrepris pour le traitement des malades sans qu'il soit prévenu et consentant. C'est lui qui est chargé principalement des rapports avec les familles, qui vise et contrôle la correspondance à l'ar-

riyée et au départ, qui dans les cas douteux décide s'il y a lieu d'accorder un permis de visite, etc.

Quelques jours après l'admission, l'observation clinique du malade est soumise à son appréciation et discutée en présence des médecins des deux sections; car il faut dire que le médecin peut visiter les malades du service de son confrère : il va de soi qu'il devra avoir le tact et la discrétion de s'abstenir, sur le terrain du voisin, de toute critique déplacée.

Les autopsies sont faites en présence de tous les médecins réunis, et le procès-verbal est signé par le directeur-médecin.

Pour les rapports médico-légaux, celui-ci pourra demander aux autorités la collaboration d'un des médecins de section.

Quant au recrutement, à la répartition, à la police et en un mot à tout ce qui concerne le personnel de surveillance, c'est l'affaire du directeur.

On comprend qu'avec cette organisation les médecins traitants n'aient pas le titre de médecin en chef, mais celui de médecin de section. Leur rôle en effet paraît réduit à celui du médecin-adjoint dans nos asiles. Et cependant ce ne sont pas des débutants dans la carrière, puisqu'ils ont déjà été médecins-assistants et que dans la position de médecins de section ils peuvent arriver au traitement de 7.500 francs; ce qui permet de supposer qu'ils ont un certain nombre d'années de service. Ce traitement de 7.500 francs est précisément le traitement de début du directeur-médecin, lequel peut progresser jusqu'à 10.500 francs. C'est donc plutôt à l'amour-propre qu'au porte-monnaie des médecins qu'on demande des concessions, dans le but de sauvegarder l'unité de direction administrative et médicale.

En France les partisans de cette unité, auxquels il a semblé que la charge des fonctions réunies ou serait

trop lourde pour une seule personne ou risquerait de tuer le médecin au profit du directeur, d'après l'expression imagée de Marandon de Montyel, ont eu l'idée de sauvegarder le principe en déchargeant le directeur-médecin d'une grande partie des fonctions administratives sur un agent comptable (Constans-Bourneville), ou sur un administrateur (Chambard-Marandon de Montyel). L'idée d'ailleurs n'a pas fait son chemin. En Allemagne on a atteint le but en plaçant sous le contrôle direct d'un chef unique des collaborateurs ayant la science et l'expérience nécessaires pour assurer un bon service médical.

Au point de vue administratif, sans compter l'aumônier et l'instituteur bibliothécaire, les fonctionnaires et employés placés sous le contrôle direct et les ordres du directeur, sont :

1° L'économe et les commis d'économat, pour le service d'approvisionnement et la distribution de toutes les denrées ou produits ;

2° Le préposé à l'inventaire, qui a la gestion de tous les objets mobiliers de l'asile et des effets appartenant aux pensionnaires ;

3° L'inspecteur technique d'exploitation, qui a à s'occuper du fonctionnement de tous les appareils, machines à vapeur, électricité, conduites d'eau, des réparations de toutes sortes, de la répartition du travail, de la surveillance des ateliers, etc.

Ces trois agents, dont les fonctions sont cumulées dans beaucoup de nos asiles par l'économe, sont chargés de tout ce qui concerne la culture et l'alimentation, les meubles et immeubles, « les haricots et les bois de lit », comme disait familièrement le Dr Marandon de Montyel, alors que directeur-médecin il résumait ainsi avec quelque ironie les fonctions directoriales jugées par lui très subalternes ;

4° Le receveur ;

5° Le secrétaire de la direction et l'expéditionnaire.

C'est en somme, avec une plus grande division du travail, l'organisation administrative de nos asiles français.

C'est aussi par la division du travail pour le service médical qu'on est arrivé, comme nous l'avons vu, à appliquer le principe de la réunion des fonctions de directeur et de médecin ; mais on peut se demander si cette division du travail n'est pas plus apparente que réelle, et si elle n'a pas pour conséquence de maintenir trop longtemps des médecins expérimentés dans un rôle subalterne. Dans cet asile prétendu idéal, nous voyons en effet : d'un côté six médecins, dont deux au moins sont des aliénistes qui ont déjà fait leurs preuves pour arriver au titre de médecin de section, après un stage comme assistant, chargés à peu près complètement du traitement de 300 malades, et cependant tellement gênés dans l'exercice de leur art, qu'ils ne peuvent rien entreprendre de grave sans s'être assurés du consentement du directeur-médecin ; et d'un autre côté un directeur-médecin en chef qui ne voit les 600 malades qu'à des intervalles de deux ou trois jours et garde néanmoins, non seulement un droit de contrôle, mais l'autorité entière au point de vue médical.

Or, si là où est l'autorité doit être la responsabilité, ne résulte-t-il pas de cet état de choses une situation qui peut paraître anormale ? Ce n'est plus en effet le médecin qui suit le malade régulièrement qui assume la responsabilité, mais celui qui ne le voit que d'une façon intermittente.

Que si on veut se ranger à l'opinion partagée par beaucoup d'aliénistes, à savoir qu'un médecin ne peut utilement traiter plus de 100 malades (ou 200 si dans le nombre il y a des imbéciles et des idiots, ce qui n'est

pas le cas dans l'asile de traitement qui nous occupe), ne semble-t-il pas que le service organisé comme on vient de le voir, avec 7 médecins pour 600 malades, est en quelque sorte un trompe-l'œil, puisque cela n'empêche pas le médecin-chef responsable d'avoir 600 malades pour sa part, et chacun des médecins de section d'en avoir approximativement 300?

Mais comment concilier le sectionnement du service médical avec la réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef? La difficulté n'est peut-être pas insurmontable; je trouve même dans le très intéressant travail du D^r Charon, publié en 1897 dans les *Annales médico-psychologiques*, une solution proposée pour les grands asiles et qui pourrait aussi bien s'appliquer à un établissement de 600 malades : ce serait de diviser le service en deux ou trois sections ayant chacune un médecin en chef, et de confier les fonctions de directeur, dans tous les cas, au médecin en chef de grade le plus ancien. C'est une solution logique, d'application facile, mais qui ne passera pas dans le domaine de la pratique... et pour cause.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 25 JUIN 1906.

Présidence de M. MARCEL BRIAND.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Cullerre, Gimbal, Mignot, Rieder, Trenel et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Motet et Semelaigne, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Cappelletti, de Pesaro, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Du suicide chez les enfants*, par M. Moreau (de Tours) fils :

2° *Revue de l'hypnotisme*, n° de juin.

Rapport de la Commission du Prix Esquirol.

M. COLIN. — Vous avez chargé une commission composée de MM. Blin, Kéraval, Moreau (de Tours), Roubinovitch et Colin, d'examiner les mémoires envoyés pour l'obtention du prix Esquirol.

Un seul mémoire (1) a été adressé à la Société, mais

(1) L'auteur de ce mémoire, M. Jacques Loubet, est de Saint-Lizier (Ariège), et non de Saint-Alban (Lozère), comme on l'a

ce mémoire ne remplissant pas les conditions du programme, votre commission a décidé à l'unanimité de l'écarter.

Elle vous propose donc de ne pas décerner cette année le prix Esquirol.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Rapport de la Commission du prix Aubanel.

M. LWOFF. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Arnaud, Sérieux, Sollier, Pactet et Lwoff, rapporteur, à l'effet d'examiner les mémoires présentés pour le concours du prix Aubanel.

Je viens vous apporter le résumé des travaux de votre commission et soumettre à votre approbation ses conclusions.

La question que vous avez posée : « De la valeur diagnostique des troubles oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale appuyée surtout par des observations personnelles », a été traitée dans quatre mémoires.

Le sujet était facile et difficile à la fois. Facile, par la fréquence de la maladie qui permet à tout praticien d'observer un nombre presque illimité de malades; facile aussi, grâce à l'immense quantité des travaux d'une grande valeur déjà publiés sur la paralysie générale. Mais cette abondance même des matériaux imposait aux concurrents un effort considérable; car tout en cherchant à appuyer leur travail avant tout sur des observations personnelles, comme vous l'aviez exigé, il leur eût été impossible de ne pas tenir compte des résultats déjà acquis. Il leur fallait donc, avant tout, classer les travaux pour les soumettre à une critique raisonnée, en faire un choix judicieux et contrôler ensuite les résultats énoncés par les observations faites au lit du malade et en dégager une opinion générale aussi précise que le permettait le sujet.

De plus, il faut tenir compte de ce fait que l'étude des troubles oculaires nécessite des connaissances techniques en ophtalmologie que tous les aliénistes ne possèdent pas et sans lesquelles il serait bien difficile de faire des observations précises et complètes.

C'est sans doute à cause de ces difficultés que tous les mémoires ont été faits en collaboration par plusieurs auteurs.

Seul, le mémoire n° 2 paraît faire exception à cette règle. Est-ce à cause de cela ou pour d'autres raisons encore?

Ce travail, tout en étant très consciencieux, a paru à votre commission présenter moins d'ampleur, des données cliniques moins intéressantes que ceux des autres concurrents. L'auteur nous dit bien que son travail est basé sur 207 observations, mais il ne nous en apporte que 40 très résumées; les statistiques tirées sur les autres observations ne sont pas présentées d'une façon méthodique, bien classées, faciles à consulter et à contrôler comme dans les autres mémoires.

De plus, l'auteur s'écarte certainement du sujet quand il procède à la description de presque tous les symptômes de la paralysie générale, pour nous montrer que tel ou tel de ces symptômes a une valeur diagnostique moindre ou plus grande que celle des troubles oculaires. C'est ainsi, par exemple, qu'il a consacré 2 pages sur les 60 de son mémoire à l'étude des réflexes rotuliens aux diverses périodes de la paralysie générale; l'auteur arrive à cette conclusion :

« Numériquement, nous pouvons déjà remarquer qu'une différence sensible existe.

« Nous verrons par la suite qu'au surplus cette différence est plus grande encore si l'on considère les maladies que l'on peut confondre avec la paralysie générale. »

Il procède de même pour les autres symptômes. Tout en tenant compte de l'effort fourni par l'auteur et tout en reconnaissant que son travail est très consciencieux, votre commission, obligée de procéder par comparaison, a jugé le mémoire n° 2 inférieur à la moyenne de ceux des autres concurrents.

L'auteur du mémoire n° 1 (épigraphe : « L'œil est

« une petite face où les maladies se manifestent par les « signes qui leur sont propres »), examine d'abord les maladies qui peuvent être confondues avec la paralysie générale aux différentes périodes et cherche à établir leur diagnostic d'après la valeur des symptômes oculaires qu'il passe successivement en revue.

Il étudie notamment la valeur de ces symptômes pour le diagnostic étiologique de la paralysie générale, leur valeur au point de vue médico-légal, au point de vue de la recherche des complications de la maladie, et cherche à y trouver des indications pour la direction du traitement.

Notons, en passant, une observation intéressante par ses applications à la médecine légale.

Il faut savoir gré aussi à l'auteur de nous avoir donné des résultats des nombreuses épreuves ophtalmoscopiques chez les paralytiques. Le mémoire contient, en effet, 18 dessins de fond d'yeux. Mais, tout en tenant compte de cet effort et sans vouloir discuter les détails techniques, il est permis de se demander si les déductions de l'auteur ne sont pas trop hâtives, si elles sont bien contrôlées, quand il affirme, par exemple, qu'à la deuxième période, « en même temps que l'atrophie « évolue, il y a conservation de la vue ; lorsque l'atrophie s'accompagne, ce qui est rare, du rétrécissement « du champ visuel, ce rétrécissement n'est pas concentrique.

« Lorsqu'il y a, en même temps qu'atrophie, dischromatopsie, le rétrécissement pour les couleurs est « concentrique au rétrécissement pour le blanc.

« Ce sont les couleurs rouge et verte dont le champ « de vision se rétrécit en premier lieu. » (P. 581.)

En général, cependant, les divers troubles oculaires sont assez bien étudiés dans ce mémoire, les faits bien observés, mais il est assez difficile, par contre, d'en dégager l'idée générale.

Le chapitre « Conclusions » contient 100 fenillets du mémoire, et on est un peu étonné d'y trouver une description comme celle-ci : « Le regard de l'épileptique « donne souvent à la physionomie du malade une « expression sombre, farouche, inquiète, qu'on ne trouve « pas d'ordinaire chez les paralytiques généraux. »

Nous ne voudrions pas certainement attacher plus d'importance qu'elles ne comportent à ces citations; mais elles montrent que les différentes parties de ce mémoire sont d'inégale valeur et que, si on y trouve de nombreuses et intéressantes données cliniques, on ne peut manquer de regretter d'y constater un manque de coordination et une tendance à généraliser quelque peu excessive.

Le mémoire n° 4 est dû à la collaboration de MM. Raviart, Privat de Fortunié et Lorthiois.

Ce travail est basé sur 204 observations. Comme dans les autres mémoires, ces auteurs ont étudié les troubles oculaires chez les paralytiques d'abord et les ont contrôlés, par une étude parallèle, chez les alcooliques, les déments vésaniques, les déments précoces, chez les débilités, etc.

Ils arrivent à cette conclusion : que les troubles oculaires font partie intégrante du tableau clinique de la paralysie générale et que jamais on ne la voit évoluer jusqu'à la période ultime sans qu'ils apparaissent à un moment donné. Tous peuvent se présenter, mais il s'en faut que tous aient la même valeur et on pourrait, d'après leur signification lésionnelle, les répartir en :

« a) Symptômes concomitants, indépendants de la maladie elle-même.

« C'est ainsi que l'ophtalmie, le ptosis, le nystagmus même, l'inégalité pupillaire peuvent être en rapport avec les lésions congénitales ou acquises, indépendantes de la paralysie générale.

« b) Symptômes accidentels, de second plan, comme les troubles cornéens, les troubles moteurs oculaires extrinsèques, l'hippus, le scotome scintillant, les lésions du fond de l'œil.

« Et c) Symptômes habituels constituant les manifestations caractéristiques de l'affection. Ce sont, d'une façon générale, les troubles de la musculature interne, qui se produisent par des manifestations à l'orifice pupillaire, irrégularité, myosis, mydriase, inégalité et par des troubles des réflexes pupillaires lumineux et accommodateurs. »

La valeur de ces signes est différente d'après les auteurs. Ils n'ont pas eu à observer de migraine

ophtalmique ni de scotome scintillant. Le ptosis et le strabisme étaient rares et leur valeur diagnostique est minime; leur apparition est souvent commandée par une lésion surajoutée. Le nystagmus n'aurait pas de valeur diagnostique et il en est de même de la décoloration de l'iris. L'inégalité du contour pupillaire est d'une extrême fréquence et on peut lui reconnaître une valeur diagnostique. Le myosis et la mydriase n'ont pas de valeur diagnostique.

L'inégalité pupillaire, dont la fréquence, dans les autres affections, est pour le moins aussi grande que dans la paralysie générale, n'a pas la valeur qu'on lui attribue généralement; mais elle est intéressante à constater, surtout au début de la maladie.

L'altération du réflexe lumineux et son abolition, l'altération du réflexe accommodateur, le signe d'Argyl sont d'une grande importance.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes réactions de la pupille, la réfraction, les lésions du fond de l'œil, dont la valeur est relative.

Il n'en est pas de même de l'ophtalmoplégie interne et, en particulier, de l'altération du réflexe lumineux qui paraît être le signe le plus important, en raison de sa signification lésionnelle, de sa fréquence, de sa précocité, de sa stabilité, de sa marche progressive opposée à sa rareté relative et à son instabilité dans les autres affections.

La valeur diagnostique des lésions oculaires ne dépend pas seulement de leur fréquence, elle dépend encore de la précocité de leur apparition dans le tableau clinique et du nombre des symptômes plus ou moins caractéristiques qui l'accompagnent. Cette valeur diagnostique sera d'autant plus grande que les signes oculaires apparaîtront à une période moins avancée et que les autres signes essentiels seront peu marqués.

« En somme, disent les auteurs en terminant, il ne faut pas accorder aux signes oculaires une valeur exclusive.

« Le syndrome paralytique est composé de signes qui apparaissent dans un ordre variable et le diagnostic ne devient certain que lorsque leur somme est suffisante. »

Ils terminent en disant : « Enfin, si d'autres symptômes, comme l'affaiblissement intellectuel et l'embaras de la parole, ont une grande valeur, si la constatation de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien permet parfois de dissiper tous les doutes, elle n'est pas pathognomonique et, de plus, difficile à constater. Aussi, l'importance des signes oculaires demeure entière et la facilité de leur recherche continue à les placer au nombre de ceux qui concourent le plus au diagnostic de la paralysie générale. »

Après avoir lu ces conclusions pleines de bon sens, on est un peu surpris de lire cette phrase : « Nous avons cependant remarqué que, de même qu'il existe un œil tabétique caractéristique, il y a un œil paralytique, lequel, à l'image du facies, est sans expression; l'iris a perdu l'éclat des teintes et il est terne et décoloré. »

Il est cependant évident que « le manque d'expression et l'iris terne et décoloré » ne peuvent être considérés comme correctifs spécifiques ou de l'œil dans la méningo-encéphalite diffuse.

Cette tendance à trop affirmer et à procéder par déduction ne se rencontre d'ailleurs qu'exceptionnellement dans ce mémoire, où la question posée est, en général, très bien traitée.

Le mémoire n° 3 appartient à MM. Mignot, Schrammeck et Parrot.

Si nous avons dû signaler, dans les autres mémoires, des inégalités, le manque d'harmonie dans les proportions, des longueurs inutiles, des généralisations trop hâtives, nous sommes heureux de pouvoir féliciter les auteurs pour la structure générale de leur mémoire, pour leur méthode clinique rigoureuse, la clarté d'exposition, la sobriété du style et surtout la revue prudente des appréciations et des déductions qu'on ne trouve pas toujours dans les autres mémoires.

La nature du sujet ne nous permet pas de suivre ici les auteurs dans toutes leurs descriptions, l'étude de chaque symptôme nécessitant, en effet, un étude particulière.

Leur travail est basé sur 300 observations personnelles, méthodiquement classées, se rattachant à la paralysie générale, à la paralysie générale tabétiforme, à

la syphilis cérébrale avec troubles mentaux, aux démences organiques, à l'alcoolisme chronique, à l'épilepsie, à la démence, à la mélancolie, à la dégénérescence mentale, à la folie périodique. Sont étudiées ensuite successivement la valeur des troubles de la morphologie de l'œil, de l'atrophie en segment, des troubles de la sensibilité de l'œil, altération du réflexe conjonctival, qui existent, disent les auteurs, réellement dans la paralysie générale, mais sont communs à d'autres affections mentales, nerveuses et cérébro-spinales.

Les lésions du fond de l'œil sont plus fréquentes, d'après les auteurs, que dans les autres maladies mentales, car la syphilis et l'alcoolisme sont des facteurs étiologiques habituels de cette affection et parce que la variété tabétique de la paralysie générale n'est pas exceptionnelle.

Aucun des troubles de la vue, aucune des lésions ophtalmoscopiques ne possèdent des caractères pathognomoniques permettant de les distinguer des phénomènes morbides analogues constatés chez les simples tabétiques ou des malades habituels des cliniques ophtalmologiques.

La valeur diagnostique des troubles visuels est donc bien faible, leur constatation est en faveur de l'existence de la variété tabétique de la paralysie générale.

A propos des perceptions des couleurs et du champ visuel, on lit dans le mémoire :

« Nous avons pratiqué cet examen toutes les fois que les malades étaient suffisamment lucides pour donner des réponses auxquelles nous puissions ajouter foi.

Nous pensons avec le professeur Joffroy que l'état dementiel des malades peut faire croire à des troubles de l'acuité du champ visuel et de la perception des couleurs plus fréquentes et plus accusées qu'elles ne le sont en réalité. Il s'agirait non pas de troubles de sensation visuelle, mais de perception qui nécessite comme on sait des opérations psychiques que la démence rendrait impossible. »

Vient ensuite l'étude des troubles de la musculature interne de l'œil et de l'inégalité pupillaire qui n'a pas dans la paralysie générale de caractères intrinsèques

qui permettent de la différencier du même trouble observé dans les divers états psychopatiques ; seuls les caractères extrinsèques, c'est-à-dire son évolution et son association à des troubles réflexes pupillaires, permettant la distinction. Nous noterons que pour les auteurs l'abolition du réflexe à la lumière est dans les symptômes oculaires dans la paralysie générale celui dont l'importance est la plus grande.

En résumé, disent-ils, nous rangerons comme il suit les troubles pupillaires par ordre d'importance progressivement croissante : l'inégalité, la mydriase, le myosis, la déformation, la diminution des réflexes à la lumière et à l'accommodation, l'abolition des mêmes réflexes. Quand on observe l'un quelconque des premiers termes de cette série on doit toujours craindre qu'il ne présage l'éclosion des derniers.

La constatation de l'abolition des réflexes à la lumière et à l'accommodation permet presque toujours d'affirmer l'existence du tabes, de la syphilis cérébrale ou de la paralysie générale.

Mais les troubles pupillaires les plus importants n'échappent pas à cette loi de pathologie générale qui interdit de considérer comme pathognomonique un phénomène quel qu'il soit. Le diagnostic doit se déduire, non pas de la constatation d'un seul signe, mais de tout un ensemble symptomatique.

Il nous reste, en terminant, à signaler une lacune qu'on retrouve dans tous les mémoires.

Il semble qu'à l'occasion de ce concours, on aurait pu s'attendre à trouver dans les mémoires présentés des chapitres sur la physiologie et l'anatomie pathologique des troubles oculaires. A part quelques indications vagues qu'on trouve dans le mémoire n° 1, ce côté de la question n'a pas été abordé par les auteurs. Cependant, étant donné le sujet à traiter, il y avait peu d'espoir de faire une découverte inédite. Les recherches personnelles permettaient surtout de contrôler et de préciser la valeur des faits déjà observés et il eût été intéressant, à notre avis, de contrôler également par des faits cliniques les données de la physiologie pathologique, méthode si heureusement appliquée à l'aphasie et à d'autres syndromes de neuropathologie.

Nous avons éprouvé surtout ce regret en lisant le mémoire de MM. Mignot, Schrameck et Parrot. Ce travail présente en effet une véritable mise au point de la question, il est à la fois bref et complet et il sera consulté par tous ceux qui auront dans l'avenir à étudier les troubles oculaires dans la paralysie générale. Il est à souhaiter que ce travail soit publié et nous ne pouvons que demander aux auteurs de le compléter par une revue générale et une étude sur l'anatomie et la physiologie pathologique des troubles oculaires, en y apportant la méthode scientifique et la sûreté de jugement qu'on trouve dans les autres parties de leur ouvrage.

En somme, votre commission est heureuse de constater que tous les travaux présentés pour le prix Aubanel ont une réelle (quoique inégale) valeur, et que la question posée a été aussi bien traitée que le permet l'état actuel de nos connaissances en pathologie mentale et nerveuse.

En présence de ces résultats exceptionnels, votre commission, Messieurs, d'accord avec le bureau de la Société, est unanime à vous demander d'élever de 1.000 à 2.500 francs la somme à disposer en faveur du prix Aubanel.

Si vous entrez dans cette voie libérale, nous estimons qu'il y aurait lieu : 1° d'attribuer le prix Aubanel au mémoire n° 3 avec une somme de 1.200 francs ; 2° de donner respectivement une somme de 650 francs à titre de prix au mémoire n° 4 et au mémoire n° 1 ; et 3° de décerner une mention très honorable au mémoire n° 2.

Enfin, votre commission vous propose, Messieurs, pour le prix Aubanel (pour l'année 1908), le sujet suivant : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

Les conclusions de ce rapport sont adoptées. Le prix Aubanel de 1.200 francs est décerné aux auteurs du mémoire n° 3 : MM. T. Schrameck, Mignot et Parrot ; un prix de 650 est décerné aux auteurs du mémoire n° 4 : MM. Privat de Fortunié, Raviard et Lorthiois, et un autre de 650 francs, au mémoire n° 1 : MM. Rodiet, Dubos, Caus, Pausier et Bricka. Enfin une mention très honorable est accordée à M. E. Cornu, auteur du mémoire n° 2.

Eloge de Jules Falret.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'éloge de Jules Falret, ancien médecin de la Salpêtrière et ancien président de la Société médico-psychologique. (Voir plus haut, p. 177).

La séance est levée à six heures un quart.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

*Hommage à M. ANT. RITTI, secrétaire général
de la Société.*

Le dernier numéro des *Annales* (page 148) a rendu compte de ce banquet, présidé par M. Marcel Briand, où la Société médico-psychologique a si dignement fêté la décoration de M. Ritti et la vingt-cinquième année de son secrétariat général. Conformément au désir généralement exprimé, nous reproduisons, comme annexes au procès-verbal de la séance solennelle, les discours prononcés à cette fête de famille.

*Discours de M. MARCEL BRIAND,
président de la Société médico-psychologique.*

Messieurs et chers collègues,

Depuis sa fondation, notre Société a l'habitude de réunir ses membres en un banquet amical, le jour de sa séance solennelle. Si tous nos collègues ne sont pas ici ce soir, tous s'associent, du fond du cœur, à notre fête; j'en ai le témoignage dans les lettres de ceux qui, n'ayant pu se joindre à nous, s'en excusent en des termes particulièrement aimables. Rarement, nous avons été plus nombreux que ce soir, et je suis d'autant plus satisfait de l'empressement mis par chacun de vous

à répondre à notre appel, que j'en sais la cause. Je vous en remercie bien sincèrement.

Une autre tradition veut encore que notre Société reçoive, à cette table, les lauréats qu'elle a récompensés dans la journée.

J'ai donc le devoir agréable de souhaiter la bienvenue à nos jeunes collègues, MM. Lorthiois, Mignot, Parrot, Privat de Fortunié et Schrameck. Ils ont accepté notre invitation, après avoir recueillis des lauriers gagnés par leurs mémoires, fort intéressants, à en juger par les analyses de notre rapporteur, M. Lwoff.

Cette journée, Messieurs et jeunes confrères, me remet en mémoire un roman scientifique où l'auteur, parti de cette hypothèse que, l'esprit se déplaçant à travers l'espace aussi vite que la pensée, le sien se trouve, après sa mort, transporté dans une étoile assez éloignée pour que la lumière mette cent ans à y parvenir; il peut, de la sorte, avoir là-haut l'impression lumineuse des événements accomplis au siècle précédent. C'est ainsi que cet esprit voyageur aperçoit ses grands-parents morts depuis longtemps; il assiste au mariage de son père et de sa mère; il est le témoin oculaire de sa propre naissance; il se reconnaît petit enfant au milieu de ses frères et sœurs; puis écolier, pendant l'adolescence; plus tard, jeune homme, aux prises avec les premières difficultés de la vie; plus tard encore, à l'âge mûr, il se revoit dans toutes les fonctions de sa carrière; enfin, sur son lit, il se retrouve en proie à la maladie et à la mort!

Cet esprit avait donc pu, non seulement revivre deux fois la même vie; mais, par un simple bond vers un astre plus éloigné, il lui avait été loisible de revenir sur les événements qui l'intéressaient plus particulièrement. A la condition de s'éloigner de la terre avec la même vitesse que la lumière, il pouvait immobiliser les images, les revoir encore et toujours se dérouler sous ses yeux, mieux que dans un cinématographe.

Vous, de même, vous avez pu, en une seule journée, sans presque vous déplacer et, fort heureusement, sans mourir, vous avez pu, dis-je, vivre presque toute la vie de notre Société. N'avez-vous pas, en effet, assisté à une séance solennelle où sont couronnés les lauréats de l'a

médecine mentale? N'avez-vous pas été témoins d'une brillante séance dont les comptes rendus y furent inspirés par des travaux, marquant votre première étape dans notre spécialité? N'avez-vous pas été conviés, ce soir, à un banquet où vous sont tendues des mains accueillantes et pleines de promesses? Enfin, ne vous a-t-il pas été donné la bonne fortune de repasser la vie et applaudir à l'apothéose d'un des Maîtres de la médecine mentale, dont notre éloquent secrétaire général a évoqué, en style élégant, et si brillamment, la délicate silhouette, que nous avions l'illusion de la présence de Falret?

Ne soyez donc pas étonnés que cette journée m'ait rappelé la thèse de « Lumen », ce curieux roman de Flammarion.

Je lève mon verre en votre honneur et je vous souhaite de rencontrer dans votre carrière la réalisation de tous les espoirs que vous avez pu formuler.

Ce n'est pas sans émotion, croyez-le bien, que j'exprime ce vœu, car cette soirée m'en rappelle une autre où, il y a quelque vingt ans, Aubanel m'avait valu de m'asseoir à votre place, dans des circonstances analogues, et de recevoir du Président d'alors les souhaits que je suis heureux de vous transmettre à mon tour.

Après avoir pu, Messieurs, grâce à l'éloge de Falret par notre secrétaire général, revivre la vie d'un de nos Maîtres les plus incontestés, vous aurez ce soir une autre bonne fortune en vous associant à une autre manifestation en l'honneur d'un confrère, chez lequel la modestie le dispute à la science, et le talent à la conscience professionnelle.

Notre collègue et ami, M. A. Ritti a, en effet, reçu, il y a quelques mois, vous le savez, la croix de la Légion d'honneur, en reconnaissance de ses nombreux et longs services hospitaliers. La Société médico-psychologique, prenant fièrement sa part dans cette distinction si méritée, a pensé que cette croix devait être une occasion de redire à notre Secrétaire général tout le bien que nous pensons de lui; nous avons aussi résolu de lui offrir un souvenir plus durable que des paroles, hélas, trop... volantes. Ce souvenir... le voici...

(Le Président fait un signe, et l'on présente devant

M. Ritti un bronze de Lanson, représentant Jason rapportant la Toison d'or.)

Acceptez, mon cher Ritti, ce bronze, qui témoignera de notre affection pour vous.

Si Jason pouvait parler, il vous dirait combien nous avons été heureux et fiers d'applaudir à votre promotion dans la Légion d'honneur, quand l'*Officiel* nous a appris la bonne nouvelle. Il vous rappellerait aussi, la joie que j'éprouve moi-même à vous l'exprimer simplement. Mais Jason ne parlera pas. C'était surtout un homme d'action, vous le devinez à son geste ! Cette toison d'or, qu'il rapporte, après bien des efforts, signifiera, pour vous, qu'un labeur incessant et consciencieux finit toujours par être récompensé.

Mais, si l'amant de Médée est muet, et s'il n'écrit pas davantage, notre Maître, M. MOTET, a pris la plume à sa place ; permettez-moi de vous lire les quelques lignes qu'il vous adresse, par mon intermédiaire, en s'excusant de n'être pas venu s'asseoir au milieu de nous.

Sa lettre vous peindra mieux que je ne saurais le faire les sentiments qui sont dans tous nos cœurs.

« Mon cher Ritti,

« Quand vous êtes venu me demander de vous donner l'accolade et de vous remettre les insignes de chevalier de la Légion d'honneur, vous m'avez apporté une joie profonde. Il me sembla que j'étais chargé par notre chère Société, de vous exprimer les sentiments de tous vos collègues, de vous dire combien nous étions heureux de vous voir, après une attente que nous trouvions trop longue, obtenir enfin la récompense depuis si longtemps méritée.

« Vous pouvez porter avec fierté cette croix de chevalier de la Légion d'honneur, vous la devez seulement à vous-même, à vos travaux si nombreux, à votre vie administrative si dignement remplie. Vous avez été, mon cher Ritti, un homme de devoir, un homme de dévouement ; depuis le jour où vous avez accepté les fonctions de secrétaire général de la Société médico-psychologique vous vous êtes donné à elle tout entier, et nous vous devons la continuation de ce magnifique

recueil dont Baillarger, avec Cerise, jeta les premières assises ; vous ne cessez d'y apporter toute votre sollicitude, tous vos soins. Si nous vous devons une reconnaissance sans bornes, dont je suis heureux de me faire l'interprète, nous pouvons aussi nous montrer fiers et de l'importance de nos *Annales* et de la faveur méritée avec laquelle, grâce à vous, elles sont accueillies partout.

« Depuis longtemps je suis le témoin de votre laborieux effort ; vous aviez le droit d'en recevoir, au milieu de nous, ce soir une récompense qui fût digne de vous. L'estime, les sympathies de tous vos collègues vous l'apportent, et si, de tristes circonstances me tiennent éloigné de vous aujourd'hui, je ne veux pas, cependant, que le témoignage de ma vieille et bien sincère affection vous manque. Je vous l'adresse du fond du cœur. »

Puissiez-vous, mon cher Ritti, en recevant notre souvenir, avoir le même plaisir que les souscripteurs en ont eu à vous l'offrir, et que le Président de la Société médico-psychologique éprouve lui-même à se faire ici le sincère interprète de vos nombreux amis.

Je lève encore mon verre, Messieurs, en l'honneur des membres de la Société médico-psychologique, qui m'entourent, et en l'honneur de notre ami Ritti, chevalier de la Légion d'honneur.

Discours de M. CH. VALLON, au nom du Comité d'organisation.

Mon cher ami,

Quand, au mois de janvier dernier, vous avez enfin été nommé chevalier de la Légion d'honneur, vos collègues de la Société Médico-psychologique, d'un élan unanime, ont décidé de profiter de cette occasion pour vous offrir un souvenir en remerciement des services que vous avez rendus à la Compagnie depuis vingt-cinq ans en qualité de secrétaire général. Ils m'ont confié la mission de recueillir les souscriptions ; je l'ai acceptée avec empressement, heureux de pouvoir vous donner ainsi une marque particulière d'estime et d'amitié. Ma

tâche a d'ailleurs été fort facile ; je n'ai eu qu'à envoyer une circulaire et les cotisations ont afflué.

Mais, mon escarcelle remplie, j'ai éprouvé un grand embarras quand il a fallu faire choix de l'objet à vous offrir. J'ai alors eu l'idée, et je m'en félicite, de réclamer l'aide d'une femme aimable qui est doublée d'une artiste au goût sûr et délicat ; elle m'a signalé *Jason rapportant la toison d'or*, une des meilleures œuvres du maître Lanson. Je suis persuadé que ce bronze vous sera doublement précieux puisqu'il aura été choisi par votre femme et offert par vos amis.

Je vous remets en outre un album contenant deux longues listes de noms ; ce ne sont pas ceux des cinquante Argonautes, compagnons de Jason — je ne crois pas que la postérité les ait conservés — mais ceux des amis qui ont pris part à la souscription, à savoir la quasi unanimité des membres titulaires de la Société, un grand nombre de correspondants et enfin quelques confrères n'appartenant pas encore à notre compagnie, tels que les internes en médecine de la Maison nationale de Charenton.

Je n'ai pas écrit aux membres associés étrangers ; j'ai craint de ne pas recevoir leurs réponses à temps — car ce banquet devait avoir lieu deux mois plus tôt. Je m'en excuse. Si j'avais eu à ma disposition un bélier à toison d'or comme celui de Phrixos, je l'aurais enfourché et je serais allé, à travers les airs, recueillir les souscriptions à domicile ; mais il n'existe plus de ces montures mythologiques, malheureusement ou plutôt heureusement, car, mauvais cavalier, je me serais sans doute laissé choir dans quelque mer lointaine comme Hellé, la sœur et compagne de voyage du héros béotien.

Mon cher ami, je lève mon verre en votre honneur ; mais ce soir permettez-moi d'associer à votre nom celui de notre ami commun tant regretté, celui du grand aliéniste dont vous avez si éloquemment retracé la belle carrière aujourd'hui même, de Jules Falret. On ne peut assister à un banquet de la Société médico-psychologique sans penser à lui ; car, jusqu'aux derniers jours de sa vieillesse, il en fut un convive assidu, se montrant, par sa gaieté et son entrain, le plus jeune d'entre nous.

Je bois à Ritti; je bois à la mémoire de Jules Falret.

Discours de M. CHRISTIAN, au nom du corps médical de la Maison nationale de Charenton.

Mon cher Ritti,

C'est la Société Médico-psychologique, qui, aujourd'hui fête son Secrétaire Général, celui qui, depuis vingt-cinq ans, sans un moment de défaillance, lui consacre toute sa science, tout son dévouement. Vous avez été mieux et plus qu'un simple secrétaire général : vous avez été l'historien de notre vieille Société. Dans les biographies si exactes et d'une note si juste, dont aujourd'hui même nous avons entendu l'une des plus parfaites, car c'est votre cœur qui la dictait, vous avez fait revivre les maîtres que nous avons connus, vous avez su leur faire la juste part qui leur revient. Les orateurs qui m'ont précédé ont su dignement apprécier vos mérites ; si je prends la parole après eux, ce n'est pas pour ajouter mes éloges aux leurs ; mais il me semble qu'une chose manquerait à cette fête, si la maison de Charenton n'y faisait entendre sa voix. Là aussi, dans ce vieil asilé, depuis plus de vingt-six ans, vous supportez, sans fléchir, le lourd labeur de votre important service, vous vous dévouez, sans trêve ni repos, au soulagement de ces malades dont vous ne pouvez même pas espérer qu'elles sauront reconnaître vos efforts. Rien n'a jamais pu vous rebuter, et nul ne peut mieux en rendre témoignage que moi, qui, pendant plus de vingt-six ans, ai collaboré avec vous, dans cette même maison de Charenton. Collaboration de tous les jours, dont j'ai gardé un précieux souvenir ; car nous sommes bien souvent trouvés en communion parfaite d'idées. Vous ne me démentirez pas, si je dis que dans cette longue période, alors même que nous n'étions pas du même avis, jamais du moins aucun nuage ne s'est élevé entre nous et n'a altéré la cordialité de nos relations.

Je n'ai qu'un souhait à vous adresser : c'est que longtemps encore nous puissions vous garder

comme secrétaire général de notre Société, et que vos malades de Charenton profitent en même temps de votre science et de votre sollicitude.

Discours de M. ANT. RITTI.

Mes chers collègues,

Lorsqu'il y a quelques mois une aimable indiscretion m'apprit que, sur l'initiative de mon excellent ami Vallon, la Société médico-psychologique se proposait de fêter ma nomination de Chevalier de la Légion d'honneur et la vingt-cinquième année de mon secrétariat général, je fus saisi d'une douce et agréable émotion, bientôt suivie d'une vague inquiétude. Je craignais qu'il ne s'agit de provoquer une de ces importantes réunions auxquelles on convoque le ban et l'arrière-ban des amis et connaissances. Tout va bien d'abord : les convives sont gais, le repas succulent ; mais quand arrive le moment psychologique des toasts, la scène change. Lorsque devant une multitude d'yeux braqués sur vous, il faut se lever, surmonter une émotion légitime et répondre aux éloges dont on vient d'être bombarbé, on risque fort de perdre le fil de son discours, à moins d'être un de ces privilégiés de la parole, nombreux parmi nous, qui rendraient des points à Saint-Jean Bouche d'Or d'illustre mémoire. Ce don merveilleux de la parole, surtout de l'improvisation, que j'admire tant chez les autres, la nature me l'a refusé ; je ne lui en veux pas. Elle a été pour moi, d'autre part, assez bonne fille, pour que je me contente, dans ma douce philosophie, de ce qu'elle m'a donné.

Mes craintes étaient vaines, heureusement. Vous êtes allés au devant de mes désirs ; vous vouliez me donner une fête intime, une véritable fête de famille, où nous serions entre nous, je vous en remercie de tout mon cœur.

Lorsqu'il y a aujourd'hui juste cinq mois, sur la proposition de M. Mirman, le distingué directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques, notre éminent confrère, M. le Dr Dubief, alors ministre de l'Intérieur, a bien voulu, par un beau geste dont je lui suis sincère-

ment reconnaissant, orner ma boutonnière du ruban rouge, je fus ou ne peut plus agréablement surpris ; vous n'en doutez pas. Mais ce qui mit le comble à ma surprise, à ma satisfaction, ce qui centupla à mes yeux la valeur de la distinction qui m'était décernée, ce fut l'approbation unanime donnée au beau geste de M. le Ministre de l'Intérieur. Parmi les innombrables manifestations de sympathie qui me furent données, les vôtres, mes chers collègues, me sont allées au cœur, parce que je les sentais sincères, affectueuses, sans aucune arrière-pensée. J'ai été profondément touché par les paroles éloquentes, mais si pleines de sentiment, qui m'ont été adressées par nos chers présidents à la séance de janvier dernier ; je ne suis pas moins touché, je vous l'assure, de la réunion si fraternelle, de ce soir, faite en mon honneur, et mes oreilles tinteront longtemps des discours éloquents que je viens d'entendre et où, selon l'usage, on a exalté mes mérites — peut-être même ceux que je ne possède pas — ainsi que les quelques services que j'ai pu rendre durant une carrière déjà longue.

Ma décoration me valut quantité de cartes de visite avec cette simple mention : Enfin, suivi de plusieurs points d'exclamation. Lorsque j'appris que vous vouliez fêter la vingt-cinquième année de mon secrétariat général, je ne pus m'empêcher de dire : Déjà ! Oui, il y a déjà près d'un quart de siècle que, par suite de votre inlassable confiance, j'ai le grand, mais périlleux honneur de diriger les intérêts intellectuels et moraux de notre Compagnie. Je dis périlleux, car, dans ces fonctions comme dans bien d'autres, il n'est pas toujours facile, malgré toute la bonne volonté qu'on y met, de contenter tout le monde et son père, comme dit le fabuliste. J'espère n'avoir pas fait trop de mécontents durant ce long espace de temps, et si par hasard il en existait quelques-uns, il voudront bien m'accorder amnistie pleine et entière en ce beau jour de fête.

Savez-vous, mes chers collègues, que je commence à être un de vos doyens, sans que cela y paraisse trop, je crois ; il y a, en effet, trente ans que je suis membre de la Société. J'ai été élu le 26 mars 1876, et le mois suivant, j'assistais à la première séance. Je me rappelle

encore — bien lointain souvenir ! — mon entrée dans le cénacle ; j'étais jeune encore ; j'avais l'air d'Eliacin au milieu des pontifes... de la médecine mentale, mais pontifes n'ayant rien de rébarbatif, très accueillants pour la jeunesse, remplis de bienveillance pour moi, trop bienveillants puisque, le secrétaire des séances, mon regretté ami Bouchereau ayant donné sa démission, il me nommèrent le jour même son successeur. C'est ainsi que je fus appelé au bureau que je n'ai pas quitté depuis.

Six ans après, je reçus de l'avancement, je fus nommé secrétaire général, je succédai à mon excellent ami, M. le Dr Motet. Je regrette vivement que des deuils répétés qui frappent si douloureusement ceux qui lui sont chers l'aient empêché de venir assister à cette fête. J'aurais été si heureux de lui exprimer publiquement ma profonde et affectueuse reconnaissance pour tout ce que je lui dois ; j'ai trouvé en lui un guide sûr et bienveillant et si j'ai pu le remplacer honorablement, c'est à ses conseils toujours libéralement donnés, que j'en suis redevable. Il a été pour moi l'ami le plus dévoué, dans la bonne comme dans la mauvaise fortune et vous m'approuverez, j'en suis sûr, si je porte mon premier toast à notre éminent et cher collègue, aujourd'hui le doyen des membres titulaires de la Société.

En ce jour si agréable pour moi, j'ai un devoir à remplir, bien doux à mon cœur, celui de rappeler les noms de tous ces maîtres vénérés qui m'ont fait ce que je suis, qui m'ont appelé aux hautes fonctions dont l'accomplissement soutenu me vaut ce soir la plus enviable des récompenses. Permettez-moi donc de lever mon verre à la mémoire de Baillarger, de Lasègue, de Jules Falret, de Lunier, de Legrand du Saulle, de Luys, de Ball qui, tous, ont porté au loin le beau renom de la psychiatrie française.

« Voulez-vous qu'on croie du bien de vous ? n'en dites point. » Si, malgré cet aphorisme de Pascal, j'avais la malencontreuse idée de faire l'apologie de mes vingt-cinq années de secrétariat général, que serait-elle après de tout ce que je viens d'entendre ? En fait de compliments, j'ai toujours été comblé par vous ; ce soir vous m'accablez, et je ne sais plus où tourner la tête.

Les éloges que je viens d'entendre dépassent mes mérites; mais, comment ne pas en être flatté? Le moins que je puisse faire, c'est de remercier de tout cœur les bienveillants collègues qui me les ont adressés.

Et d'abord, merci à notre cher président : voilà bien longtemps qu'il combat le bon combat et qu'il s'est consacré au succès de nos travaux; en buvant à notre président, je bois à la Société médico-psychologique entière, que M. Marcel Briand représente si dignement en cet an de grâce 1906.

Et vous, mon bien cher Vallon, on vous trouve toujours au premier rang lorsqu'il y a une initiative à prendre où le cœur est de la partie. Vous savez, de longue date, quels sont mes sentiments pour vous; je suis heureux de vous les exprimer à nouveau; en ce toast de remerciement, je vous souhaite bien cordialement tout ce que vous désirez et que vous méritez à tant de titres.

Maintenant, à vous, mon vieil ami Christian, qui avez bien voulu associer la Maison nationale de Charenton à cette manifestation si sympathique. Rien ne pouvait m'être plus agréable. Comme vous, j'aime cette antique maison où j'ai trouvé, avec la paix et la tranquillité, le moyen d'augmenter mes connaissances et de faire quelque bien. Bonheur rare entre tous, nous y avons cimenté une de ces bonnes et solides amitiés, que rien ne saurait altérer et qui durera autant que nous.

Je n'aurais pas rempli tout mon devoir si j'oubliais les nombreux collègues, membres titulaires et membres correspondants, qui m'ont fait l'amitié de prendre part à cette fête jubilaire. Ils n'ont pu tous assister à ce banquet; mais, aux absents comme aux présents, j'exprime toute ma sincère gratitude, et je bois avec plaisir à leur santé.

En souvenir de cette soirée inoubliable pour moi, vous m'offrez, mes chers collègues, un bronze artistique, reproduction d'une des plus belles œuvres de la sculpture française. J'admire fort ce chef-d'œuvre de Lanson, et je ne goûte pas moins le symbolisme de son sujet. Jason, Médée, les Argonautes, tous ces personnages nous reportent au temps lointain où nous peinions sur les bancs du collège pour comprendre leur

histoire et en pénétrer le sens ; car tous ces récits légendaires de héros et de demi-dieux que nos poétiques ancêtres, les Hellènes, contaient si bien, avaient pour eux une signification souvent profonde, et ils en tiraient parfois de grandes moralités. Jason représentait le navigateur audacieux qui marche à la conquête de terres inconnues ; ou bien encore le poète, le philosophe, qui recherchent à travers les mille entraves de la vie : l'un, l'idéal de la beauté ; l'autre, celui de la vérité. Pour moi aussi, depuis vingt-cinq ans, je tends vers un idéal, et, plus heureux que bien d'autres, j'ai abordé la Colchide de mes rêves et conquis enfin la Toison mystérieuse. Cette toison, je la tiens, et je constate, non sans plaisir, qu'elle est d'un métal plus pur que l'or, plus précieux que le diamant ; elle est faite d'un amalgame de deux substances impalpables et rares, mais que je prise par-dessus tout, je veux parler de l'estime et de l'amitié de mes collègues ; je suis heureux et fier de les avoir conquises, et j'ai l'assurance de les conserver jusqu'à la fin de mes jours.

Merci, mille fois merci, mes chers collègues.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1906

Présidence de M. BRIAND.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend : Des lettres de MM. Legras et Moreau (de Tours), s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Revue de l'hypnotisme*, n° de juillet ;
- 2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*.

M. le PRÉSIDENT adresse les félicitations de la Société

à M. Dupré à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'Honneur.

Rapports de candidature.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Christian, Pottier et Moreau (de Tours), chargée de vous adresser un rapport sur la candidature de membre associé étranger de M. le Dr Ruggieri Lambranzi, médecin du manicomio de Brescia. Les travaux que notre distingué confrère nous adresse à l'appui de sa demande sont nombreux et d'une valeur indiscutable. Tous font preuve d'une grande observation clinique et du soin minutieux apporté par leur auteur à l'examen des faits qu'il a observés. Les conclusions qu'il tire de chacun de ses travaux sont logiques, sainement mûries et raisonnées. Plusieurs d'entre eux ont été traduits et reproduits dans la *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale* que dirige avec tant d'éclat notre distingué collègue, le Dr Toulouse, et c'est le plus bel hommage rendu à notre confrère le Dr Lambranzi. Il serait trop long de vous donner une simple énumération de ses travaux qui demanderaient chacun à être traduit et discuté devant votre Société. Votre commission est d'avis d'accorder à notre distingué et savant confrère, le titre de membre associé étranger qu'il sollicite de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions M. le Dr Lambranzi a été élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. VIGOUROUX. — Vous avez nommé une commission composée de MM. Ritti, Vallon, Vigouroux, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Boulenger, de Bruxelles, qui sollicite le titre de membre associé étranger de notre société, j'ai l'honneur de vous apporter le résultat de notre examen.

Les titres du Dr Boulenger sont des plus nombreux : médecin des hôpitaux civils de Bruxelles, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Fort-Jaco, ancien chef de laboratoire de l'hôpital Saint-Jean, médecin des classes d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles, il est en outre membre de la Société belge de méde-

cine mentale, secrétaire adjoint de la Société belge de Neurologie et membre de la Société d'anthropologie et de la Société protectrice de l'enfance anormale de Belgique.

Les travaux du Dr Boulenger se divisent en deux groupes : les uns se rapportent à des cas de clinique nerveuse et mentale ; telles sont les observations communiquées à la Société belge de Neurologie : un cas d'atrophie musculaire progressive (1903), un cas de myxœdème fruste (1906) et encore une très intéressante observation de méningite guérie par la ponction lombaire (Congrès belge de Neurologie et de médecine mentale. Liège, 1906).

Les autres travaux se rapportent à l'hygiène sociale, à l'éducation des infirmes en général et plus particulièrement des anormaux de l'intelligence. Cette question, à l'ordre du jour dans tous les pays, est traitée par le Dr Boulenger dans de nombreuses publications :

Les enfants infirmes et anormaux (Conférence pour la protection de l'enfance anormale).

Situation faite actuellement aux enfants anormaux en Belgique (Congrès international de Liège, 1905).

Lutte contre la dégénérescence en Angleterre (Actualités sociales, 1905, en collaboration avec le Dr N. Enschedé).

Notes d'hygiène sur l'Angleterre (*Revue de l'Université de Bruxelles*, décembre 1905, en collaboration avec le Dr N. Enschedé), etc., etc.

Dans ces différents travaux, qu'il serait trop long d'analyser devant vous, le Dr Boulenger s'attache à montrer l'intérêt social qu'il y a pour un pays à s'occuper de l'éducation spéciale de tous les infirmes.

Alors que les infirmes de Belgique sont obligés, pour gagner leur vie, d'exhiber, aux kermesses, leurs membres atrophiés et leur corps contrefait, à Londres, l'infirmes est instruit dans des écoles spéciales où une voiture l'amène, où on lui donne à manger et où il peut suivre les cours, couché ou assis, dans l'attitude la plus adéquate à son genre de mal ; c'est déjà un progrès, mais il n'est pas suffisant, car on ne s'occupe que de son instruction et on ne fait rien pour lui apprendre à se servir de ce qui lui reste de membres disponibles.

En Danemark, à Copenhague, l'Institut donne aux estropiés et aux infirmes une éducation spéciale et les met à même de gagner honorablement leur vie. De 1871 à 1901 l'Institut a permis à 2.183 estropiés de subvenir à leurs besoins; ce faisant, non seulement il a été utile aux infirmes, mais il a dégrevé dans une large mesure les budgets de la bienfaisance.

En Allemagne encore, un institut spécial rend 93 à 94 p. 100 de ces estropiés aptes à gagner leur vie.

En Belgique, la bienfaisance privée et la bienfaisance publique mal organisées et mal orientées, considérant que le malheur des infirmes est irréparable, ne font, par leurs secours, « qu'entretenir le vice, le crime ou tout au moins la fraude ».

En ce qui concerne l'assistance et l'éducation des anormaux de l'intelligence, le Dr Boulenger oppose les institutions actuelles de la Belgique, « où l'exploitation de l'idiot est une œuvre privée le plus souvent, plus ou moins rémunératrice pour le particulier organisateur », avec les établissements analogues de la Grande-Bretagne, « institutions de telle envergure que personne, ici, n'en oserait concevoir la pensée ». Il décrit l'institution d'état de Larbert dans le Stirlingshire, le royal Albert Asylum de Lancaster, qui a l'apparence de château de quelque richissime landlord, qui est un palais où toutes les installations constituent le dernier mot du progrès. Dans ces établissements spéciaux une éducation spéciale est donnée à tous les faibles d'esprit; ils sont complètement séparés des aliénés, promiscuité déplorable, nuisible aux uns et aux autres, enfin les « idiots » sortis (car 10 p. 100 des idiots traités à Lancaster peuvent se suffire dans la vie), continuent à recevoir du patronage un appui moral, qui leur est encore de la plus grande utilité et sans lequel ils ne pourraient vivre en liberté.

Le Dr Boulenger traite avec une grande compétence et même avec passion ces questions d'assistance des anormaux si intéressantes pour tous les pays civilisés; il voudrait voir la Belgique entrer dans la voie du progrès. Ses travaux pleins de documents, dont je ne puis vous donner qu'un aperçu très incomplet, vous montrent qu'il est un travailleur à idées larges et généreuses; aussi

voire commission vous propose-t-elle de lui conférer le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Boulenger est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

La phraséologie chez certains dégénérés,

par MM. LUCIEN WAHL, médecin-adjoint,
et MAURICE ROLLET, interne à l'asile d'aliénés d'Auxerre.

La parole articulée, caractéristique la plus générale de l'espèce humaine, existe chez la plupart des dégénérés.

Maupaté a, dans un mémoire récent, étudié les manifestations de la parole chez les idiots. Rogues de Fursac a étudié principalement le langage écrit. La mimique a été l'objet de quelques travaux à l'étranger.

Ce n'est pas seulement de nos jours que la phraséologie bizarre de certains dégénérés a été remarquée.

De tout temps, elle a tenu dans les littératures une large place, le plus souvent pour amuser. Mais le ridicule n'est-il point l'expression d'une inaptitude? Hors les circonstances comiques, un personnage comique est un dégénéré.

Dans les *Précieuses ridicules*, Mascarille et Jodelet jouent un rôle, mais de l'ensemble de la pièce, il résulte bien que Cathos et Madelon sont des imbéciles, comme Philaminte des *Femmes savantes*.

Ce sont également des imbéciles, Dupont et Durand de Musset, Bouvard et Pécuchet. Lequel demande avec angoisse s'il n'a pas attrapé une maladie secrète?...

M. Prud'homme reste le type achevé de la périphrase bête. M. Homais en est jaloux.

En marge des littérateurs, grouille la cohue des incompris, esthètes aux longs cheveux, buveurs de bière féroces.

En marge des spéculations, les prétendus anarchistes, lanceurs de bombes, riches de colères, pauvres d'idées.

Dans les convulsions politiques, les dégénérés s'agitent. On en a cité de nombreux exemples : Laborde dans son petit ouvrage sur les *événements de la Commune*; Lombroso dans son *crime politique*.

Morel, Magnan, Sérieux, Bourneville, Thulié, Brouardel ont étudié leur phraséologie.

Gilbert Ballet s'exprime ainsi : « Quelquefois bavards, ils (les imbéciles) émaillent leur conversation de saillies et de mots d'esprit qui pourraient au premier abord faire illusion, mais la forme du discours ne sert qu'à mieux faire ressortir le vide du fond, les lacunes profondes de l'intelligence, le défaut presque absolu de jugement. »

Quelques lignes plus bas :

Des débiles : « Leurs actes, leurs conversations quelquefois prolixes et prétentieuses accusent aisément la faiblesse de leurs facultés. »

Il nous a paru intéressant d'insister à nouveau sur ce point, car de plus en plus l'étude du psychisme du sujet tend à prendre de l'importance.

En effet, les récentes instructions du Ministre de la Justice aux Parquets (circulaire Chaumié) recommandent aux magistrats de demander aux experts aliénistes quel est l'état mental habituel du prévenu.

D'un autre côté, les travaux de Lombroso, de M. Magnan, du professeur Lacassagne, du professeur Benedikt, du professeur Van Hamel, de Lutzenberger, de Carrara, de P. Garnier, d'Ingegneros, etc... ont montré que le crime, aussi bien que la folie, ne sont le plus souvent que les résultantes d'un état constitutionnel d'infériorité sociale.

Par conséquent, tout ce qui permet de se faire une opinion du terrain mental acquiert une importance sociologique et clinique considérable. N'oublions pas que c'est à des Français (Morel, Lucas) que l'on doit d'avoir introduit en psychiatrie cette notion du terrain qui a joué et qui joue encore un si grand rôle en pathologie générale.

N'est-ce point elle qui, avant la découverte des microbes, cherchait à expliquer les causes des maladies et qui, aujourd'hui encore, rend compte des probabilités morbides d'un sujet déterminé ? N'est-ce point elle qui explique, autant qu'on peut le faire, les lois si obscures de l'hérédité.

On peut concevoir le jour lointain où les progrès de la science permettront de connaître la cause exacte et

prochaine des manifestations psychiques morbides.

En attendant, nous en sommes réduits à l'un des facteurs, mais peut-être pas le moins important.

Kraepelin, par une généralisation hâtive, a voulu créer une nouvelle pathologie mentale. Il a certes éclairci bien des points obscurs, mais la conception de l'école française reste debout malgré tous ses efforts.

Il est donc nécessaire, si l'on veut suivre le précepte donné tout récemment encore par le regretté Roy et par Peli, d'étudier, dans un cas clinique donné, non seulement les manifestations morbides actuelles, mais encore le fond mental sur lequel elles se sont développées.

Quels éléments avons-nous pour étudier ce fond?

Les renseignements donnés par l'entourage, lorsqu'on peut se les procurer; mais que de fois manquent-ils ou sont-ils inexacts, tandis que le style est sincère!

Buffon disait: « Le style c'est l'homme. » Nous dirons avec Jean Dolent: « Le style est l'état innocent de l'esprit. » Nous allons donc étudier cet état, dans les discours et dans les écrits.

Voici par exemple un fragment de lettre adressée par une de nos malades à un député.

Il s'agit d'une quérulante d'une quarante d'années qui, depuis longtemps, a épuisé toutes les juridictions dans une affaire de mur mitoyen.

Nous ne reproduisons pas les fautes d'orthographe.

« Le notaire S..., depuis 1891 qu'il a commencé, en 1893 son nom figure partout au parquet et à la préfecture, celui de B... et les C..., en un mot, toujours les mêmes...

« Le drame du 24 décembre 1904 dans l'état qui a été mis mon père et moi par des gendarmes.

« Le 2 janvier 1905, M. le Dr H... très indigné, monsieur le maire absent, M. le Docteur (elle veut sans doute dire M. le député) nos mortels ennemis sont le notaire S..., B... C... l'adjoint B..., ce qu'ils ont fait, les gendarmes contre nous, c'est odieux! quand bien même les gendarmes vous enlèveraient par ordre de M. le Préfet, on ne peut pas vous retenir si vous n'êtes pas folle.

« Depuis le 7 janvier 1905, je suis internée. Monsieur le Député, sûrement qu'il se trouve deux lois: la loi des millionnaires que leurs titres de fortune datant de la Commune de 1871 qui représente le droit des seigneurs contre la loi pour les petites gens.

« M. le préfet P... suit cette loi, M. le préfet D..., lui, a révoqué l'adjoint A... en juin 1897.

« M. le préfet G..., depuis 1899 fin mai que je lui ai écrit de l'asile, m'a fait réponse aussitôt. M. le Procureur de la République et M. le maire d'accord ont fait nommer trois médecins. On reconnut que c'était vengeance, surtout M. le Dr N... Le 23 août 1899, je me suis fait conduire auprès de M. le préfet G...

« M. le préfet P... n'a pas laissé présenter mes réclamations devant le conseil de préfecture, etc. »

Cette lettre était accompagnée d'un morceau de papier ainsi conçu : « Plaise à Monsieur le Directeur de transmettre la dite lettre à M. le député, etc. », ce qui rappelle le style des tribunaux.

Remarquons le notaire A..., le préfet B..., l'adjoint C... exprimant le respect et la crainte du titre, et ces dates précises qu'elle évoque comme autant de témoignages irréfutables. (A. Adam, Régis.)

Remarquons aussi combien cette forme d'écriture rappelle peu celle des persécutés, dont Tardieu et plus récemment de Fursac ont indiqué le caractère spécial, les néologismes, les mots soulignés, les phrases écrites en différentes lettres ou en différentes couleurs.

Ici, rien de tout cela. Au point de vue matériel, cette lettre n'offre rien de particulier. En effet, nous ne sommes pas en présence d'une persécutée, mais d'une processive.

Cette femme qui épuise les juridictions les unes après les autres, a, dans la justice des tribunaux, une foi qu'elle ignore et qui, pour nous, s'avoue dans ces simples mots, le notaire A..., le préfet D..., l'adjoint X...

D'ailleurs, elle ne cache pas, que, remise en liberté, elle s'engagerait dans de nouveaux procès.

On pourrait nous objecter que la malade a adopté ce style spécial depuis le début de son affection; mais que penserons-nous de cet officier retraité qui envoie une paire de chaussures à sa femme internée dans notre asile?

La suscription porte comme toutes les autres :

M^{me} X..., née Y...

asile d'aliénés d'Auxerre.

Mais au-dessous, on lit :

Le Capitaine

Signé X...

« Le capitaine » est du plus haut comique.

Et nous en avons un grand nombre de ces lettres ou de ces suscriptions venues du dehors, toute la gamme des difformités qui se révèlent par un simple adjectif, depuis le ridicule à peine perceptible jusqu'au témoignage indiscutable de la démence.

Les débiles intellectuels sont fréquemment atteints d'hypertrophie du moi et abusent des écrits. Parmi eux se recrutent les escrocs de marque, les marchands d'orviétan et même les voleurs de grand chemin.

Citons par exemple le fameux Lacenaire auquel certains ont reconnu du talent, Géomay (voir les *Mémoires* de l'abbé Faure), Anastay (voir ceux de M. Goron). Et tout récemment, un escroc célèbre et sa maîtresse. L'homme écrivait un traité de philosophie en attendant qu'on le ramenât en France ; et la femme, dont la vie est un tissu d'incohérences, n'a pas jugé superflu de les communiquer aux foules dans des *Mémoires* plutôt médiocres.

Rappelons aussi les prétendus talents littéraires de la célèbre M^{me} Lafarge.

Il est à remarquer que les débiles intellectuels même sans instruction ont souvent une grande facilité pour trouver un vague rythme poétique et une rime presque heureuse.

Lombroso a particulièrement insisté sur ce point dans ses *palimpsestes des prisons*.

Voici plus bas des vers d'un de nos anciens malades.

A. D.... était originaire de la Bretagne, et n'avait reçu qu'une instruction primaire. Il quitta son pays où il était employé à des travaux de culture pour aller à Paris. Il s'y plaça chez un pharmacien comme garçon de laboratoire. Pour améliorer sa situation, il compléta son instruction dans des cours du soir, acquit quelques notions scientifiques élémentaires, devint praticien en pharmacie ; puis peu à peu se mit à fréquenter dans les réunions anarchistes, les brasseries littéraires. Quelques excès de boisson, et dans un accès de délire il

se jette à la Seine. Il fut repêché, puis interné. Après avoir séjourné quelque temps dans les asiles de la Seine, il fut transféré à Auxerre.

C'est à l'asile qu'il nous remit ceci :

MÉLANCOLIE

On a dit que parfois, dans nos vicissitudes,
Le chagrin ambiant nous avait rendus fous,
Pourtant, nous qui souffrons, fiers et sombres Latudes,
Espérons vivre encor en des rêves plus doux.

Le mal qui vient nous poindre et troubler nos études,
Glisse en s'insinuant pour arriver à nous ;
Il en est ainsi sous toutes les latitudes,
Nous sentons dans nos chairs entrer comme des clous,

L'âpreté des dégoûts, la rancœur des névroses ;
Et, sans nous appliquer à rechercher les causes,
On nous voit quasi choir et confirmer le sort.

Les chemins du penseur aux bordures si belles
Sont toujours cependant ouverts aux plus rebelles,
Et c'est victorieux qu'il entrevoit la mort.

Et quoique anarchiste, il écrivait au pape, au cardinal Oreglia.

Voici une de ces lettres :

Auxerre, Yonne, France, le 2 août 1903, A. D. N. S.

*A. S. Eminence Monseigneur le Cardinal Oreglia,
Camerlingue du Saint-Siège apostolique, Rome.*

Monseigneur,

Il y a déjà quelque temps, j'ai eu l'honneur d'informer feu SS. le Pape Léon XIII d'une anomalie qui depuis environ une année et demie existe dans le diocèse de Sens. La ville d'Auxerre, dépendant de ce diocèse, possède un asile d'aliénés qui, depuis sa fondation jusqu'au temps que je viens d'évaluer, était desservi, pour la satisfaction des chrétiens qui s'y trouvaient, par un aumônier. A tort ou à raison, le Conseil général de l'Yonne ordonna un jour la suppression de cette fonction. Ce fut exécuté, et les personnes du culte qui jouissaient de la faculté de remplir leurs devoirs religieux s'en sont vues privées, et nulle compensation ne leur a été donnée.

Voilà, Monseigneur, ce que j'écrivais, et je n'ai point eu de réponse. Cependant, j'ose espérer que l'on voudra bien s'occuper de cette triste affaire et en résoudre le difficile problème.

Dans cette confiance, je vous prie, Monseigneur, de me croire, de votre Eminence, le très respectueux serviteur,

A... D...

A l'asile des aliénés d'Auxerre, Yonne, France.

Dans le sonnet, les mots sont sonores, les vers sont justes, harmonieux ; quelques-uns même sont puissants et paraissent faire allusion au problème du déterminisme et du libre arbitre. Malheureusement, l'incohérence de l'ensemble ne permet pas de supposer que l'auteur ait pu soupçonner de pareils problèmes.

Isolés, ces vers ne pourraient pas donner de renseignements certains. Mais on apprend que le sujet se dit anarchiste ; on lit sa lettre au cardinal Oreglia : on est fixé.

« Feu Sa Sainteté... Les personnes du culte... Le temps que je viens d'évaluer. Résoudre le difficile problème » révèlent l'auteur ignorant et prétentieux.

L'amour des grands mots, des gestes superbes, son enthousiasme facile pour les théories les plus opposées, tout cela revit dans « Son Eminence Monseigneur Oreglia, Camerlingue du Saint-Siège apostolique ».

Puis, quand la lettre est terminée, le correspondant du Saint-Siège, un instant ébloui de son commerce avec de si hants personnages, est semblable à cet écrivain dont parlait un jour un de nos orateurs politiques célèbres : « Le pauvre hère sortira de là, misérable et grelottant, comme l'acteur d'un pauvre théâtre de quartier auquel on aurait voulu faire jouer le rôle d'un roi. »

Et, pour retrouver sa grandeur, il rêve d'une société nouvelle éclore dans le sang. Il se voit lançant la bombe imbécile et détruisant la vie des autres, comme en un jour de désespoir il avait tenté de détruire la sienne.

Voici maintenant un malade très débile qui, depuis quelque temps, est atteint d'un délire mal systématisé, sans hallucinations, mais avec de nombreuses interprétations délirantes. Il ne répond à aucune des formes cliniques nettement isolées. C'est un paysan sans instruction. Tous les jours, il nous remet une ou plusieurs lettres. Nous en copions une au hasard :

Auxerre, 16 juillet 1906.

Cher Parrain
et cher Marraïne,

L'autorité H. H. A. (son nom et ses deux prénoms dont le premier est le même que son nom) vous ayant adressé le viol annexant arrestation. Au propre de mon nom, à l'aspect de foi schismatique (procédure) à l'exécution du télégramme de la commune, par l'Auditoire de votre examen, mandez donc voir à ce sinistre.

Astreint de votre Filleul.

Prison du Gouvernement.

Etat physique

Enseigne Propre

Propre

Légion d'honneur

Brevet de santé.

Nous pourrions continuer la copie du volumineux dossier que nous possédons. Ce seraient toujours les mêmes mots sonores qui reviendraient périodiquement : le Docteur de la loi, le Capitaine adjudant-major, le général de Brigade.

Tout cela paraît incohérent ; cependant, par une observation prolongée et de nombreuses conversations avec le sujet, nous sommes parvenus à comprendre ce vocabulaire spécial qui pourrait faire concurrence à l'agrach.

De plus, il parle comme il écrit : Le képi, désigne le surveillant-chef ; le salulaire, la santé ; l'état-physique, le bien-être ; le docteur de la loi, c'est lui, c'est-à-dire un homme intelligent qui connaît les affaires.

Il nous dit un matin : « Vous êtes docteurs en médecine et moi docteur de la loi. Veuillez voir à respecter l'Université », c'est-à-dire ceux qui ont de l'instruction comme lui.

Pour nous dire qu'il a une fillette de deux ans, il dit : « Nous avons une petite demoiselle de 1904. »

« On est bien heureux de marcher sur son territoire », exprime le plaisir qu'il aurait à se retrouver chez lui.

Il ne dit pas ma femme, mais ma dame, bien que par cette petite phrase : « La trahison conjugale au sextuple », nous ayons des raisons de croire que la dame en question le ridiculisa copieusement.

Il répond fort bien aux questions qu'on lui pose,

pourvu qu'elles portent sur des sujets concrets. Lorsqu'on aborde les abstractions, l'emploi perpétuel d'un mot inexact ne permet pas de suivre la phrase et d'en saisir la signification. Le peu qu'on entrevoit montre le même procédé d'élocution.

La lettre que nous avons lue plus haut peut se traduire ainsi :

« Moi, H. H. A., vous ai déjà fait connaître une arrestation qui viole ma liberté, et malgré qu'elle portât mon nom avec une apparence de fidélité, la trahison de ma femme schismatique.

« Au reçu de la présente, par une enquête orale, remédiez donc à ce désastre.

« Votre filleul, contraint dans une prison du gouvernement et dont la véritable dénomination devrait être celle-ci : Chevalier de la Légion d'honneur ».

Il mériterait aussi un brevet de santé, car depuis qu'il est ici « la santé, nous dit-il, ne l'a jamais quitté. Il n'a pas besoin de capture ».

Qu'est-ce donc que H. H. A., le « Salutaire », comme nous le nommons entre nous ?

C'est un imbécile devenu délirant. L'incohérence de ces fragments ne parvient pas à masquer l'état antérieur du malade qui nous apparaît aussi net que si nous l'avions toujours connu.

Par ces écrits, qu'un examen superficiel donnerait comme le vulgaire produit d'un affaiblissement intellectuel, nous reconnaissons un psychisme analogue à celui du poète anarchiste dont nous avons parlé plus haut. Il ne saurait pas faire de vers, mais, comme l'autre, il se grise de mots pompeux. Le Docteur de la loi, le Capitaine adjudant-major, le général de Brigade rappellent étrangement Son Eminence Monseigneur le cardinal Oreglia, Camerlingue du Saint-Siège apostolique. L'incohérence est plus visible que chez l'autre, et c'est tout.

Avec de longs cheveux, quelques lectures de plus et le délire en moins, le « Salutaire » pourrait figurer parmi le troupeau des mécontents sans grandeur.

Il a parfois des expressions jolies : « Car, à la fin, on s'atténue » ; mais il ignore qu'elles sont jolies.

H. H. A. est un imbécile.

Cette interprétation est d'ailleurs confirmée par l'instituteur de la commune qui nous a transmis des renseignements.

La phraséologie de ce malade nous a donc permis de faire le diagnostic d'un état congénital sous un état aigu, seul apparent.

Tout récemment, il est entré dans notre service un « jeune poète ». C'est ainsi qu'il s'intitule. Ses œuvres sont inédites, mais il ne s'effraie pas pour si peu et nous dit qu'après sa mort, des « appréciateurs inconnus » les publieront.

C'est un garçon de vingt ans, fils d'alcoolique. Il n'a jamais exercé aucune profession. Candidat malheureux au baccalauréat, son échec paraît assez justifié. Il sait vaguement ce que sont Quintilien et Cicéron, mais il ignore comment est mort Henri IV. Bien plus, il ne sait rien sur la géographie du canton qu'il habite.

Il a vaguement travaillé comme dernier clerc dans une étude de notaire où il est resté un an. Il a eu avec une femme mariée une idylle puérile qui n'a pas abouti. Depuis près de deux ans, il n'a pas d'autre occupation que de faire des vers, et quels vers !

Je cherche en moi la vie qui n'est plus là,
M'ayant laissé rêveur au milieu de mes jours,
Et j'avance sans cesse un peu jusqu'au trépas,
Regard et front serein devant l'âpre détour.

Je veux de ta beauté faire ma pensée claire,
A l'homme qui s'admire en toi, ô femme chère !
Et ta voix passera dans mon beau chant de lyre
En accords infinis parlant à mon désir.

La vie de ses beaux jours laissait l'âme mourante
De l'amante en exil pleurant ses longs regrets,
A l'enfant tout ravie de se voir consolante
Dès que sa voix parlait au chant qui la berçait
Blessée des jours enfin dans son isolement
Que déserta son cœur d'amour inconsolable,
Elle songe à revivre quelques heures en aimant,
Dans l'être qui s'endort, un peu du misérable.
Mais sa vie n'est pas là, qui s'est endolorie
De peines sans répit contre le vif espoir
Dont tout s'armait en elle avec un pur défi.

Nous lui faisons remarquer dans tout cela un vers presque beau : « A l'homme qui s'admire en toi. » Mais

il nous semble avoir vu cela quelque part. Il nous répond, indifférent, que c'est peut-être une réminiscence.

Il a d'ailleurs sur l'esthétique des idées aussi personnelles que bizarres. Il admire surtout les poètes qui manquent d'originalité. C'est pour lui un titre de gloire. Il aime avant tout les choses simples, et d'après lui originalité et simplicité sont deux mots qui jurent d'être ensemble.

Son modèle est un des poètes les plus ridiculisés de notre époque. Nous n'aurons pas la cruauté de le nommer, mais on le reconnaîtra peut-être quand nous aurons dit que c'est le chantre attitré des chemins de fer et des bateaux-parisiens.

Plus la pièce est prosaïque et plus B... l'admire.

Il est d'ailleurs d'une ignorance complète en littérature, et quand, pour gagner sa confiance, nous lui récitons d'admirables strophes de Leconte de Lisle (le Nazaréen), il nous répond que ces vers ne sont pas mal, mais que le sujet est loin d'être neuf.

Il n'a aucun sentiment de la richesse des images. Il confond poésie et versification. Nous ne nous étonnerons pas de la nullité de ses vers. Bien des rhétoriciens en font de plus mauvais, mais huit jours après ils les jugent, tandis que B... ne possède pas le moindre sens autocritique.

« Que de gens se disent poètes, s'écrie-t-il avec dédain, qui feraient bien mieux de se tenir tranquilles ! » Celui dont il convoitait la femme « n'était pas plus poète que le talon de sa botte ».

Comme il s'étonnait que nous eussions besoin de ses manuscrits, nous lui expliquons que nous écrivons un livre sur les poètes contemporains, et pas un instant il ne croit que nous ayons pu le tromper. Il n'a même pas un geste d'orgueil ou de satisfaction. Cela lui semble naturel... Il est né poète comme d'autres, croit-il, naissent menuisiers ou soldats. Il n'a pas la notion de l'effort, nécessaire aux meilleurs esprits.

Nous l'avons prié de rédiger une petite profession de foi. Nous y relevons ceci :

« La poésie demande une inspiration lente et suivie lorsque le sujet traité vient plutôt du fond du cœur que de l'esprit (?).

« La poésie personnelle dépend surtout d'un cœur qui a souffert. Exemple : Musset. »

Ceci nous semble un signe de débilité. S'il est incontestable que de belles œuvres ont été produites par la douleur, il est exact aussi que le triomphe et la joie sont encore plus productifs. Musset lui-même n'a pas fait que des élégies.

Puis nous trouvons alors le palmarès. B... a classé des écrivains comme des écoliers lauréats.

Parmi les poètes actuels, il faut admirer au premier rang... qui ? Ici, c'est terrifiant : celui que nous n'osons nommer.

Au second rang, M. X...

Notons qu'au lieu de décerner le premier prix au héros en question, B... l'eût adjugé à Victor Hugo, à Lamartine ou à Leconte de Lisle, ce n'eût pas été si comique, mais c'eût été aussi puéril.

Nous retiendrons cette classification. Elle nous révèle un monde conventionnel où se meut lentement le débile que nous avons sous les yeux, monde rétréci, fait à sa taille.

C'est ainsi que, par les écrits et par les discours des malades, on peut tenter de reconnaître l'état primitif sous un délire passager, sous une démence définitive.

L'aliéné porte sa folie comme un fardeau surajouté. Il est semblable à ces personnes dont on devine la condition malgré les vêtements qui les couvrent.

B... n'est encore qu'un débile, comme il l'a toujours été ; mais si peut-être un jour il est dément, on ne l'identifiera point à quelque Manpassant déchu.

Il est des lueurs qui survivent dans les nuits les plus profondes, et laissent voir par instants d'où viennent ces ensevelis.

Sous l'apparente analogie avec quelque grande infortune, on reconnaîtra, grâce au verbe, l'éternel parent des Bouvard, des Pécuchet, des Delobelle.

Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie,

par MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

Les particularités cliniques et anatomo-pathologiques que présente l'observation suivante nous ont engagés à la communiquer à la Société.

B..., âgé de trente-cinq ans, tisserand, entre à l'asile de Blois pour la première fois le 22 septembre 1871. Le certificat d'entrée porte : Débilité mentale avec idées de persécution et délire religieux. B... quitte l'asile, guéri, le 16 novembre de la même année.

Le deuxième internement a lieu le 12 juillet 1872. On constate chez B..., à cette seconde entrée, des idées de grandeur et mystiques.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — D'après les renseignements relevés au moment de son entrée à l'asile, aucun membre de la famille de B... n'a présenté de troubles nerveux ou mentaux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladies graves pendant l'enfance. Développement physique normal. B... était considéré comme assez intelligent; il apprit à lire, à écrire; son instruction resta cependant rudimentaire. Il était travailleur, de caractère doux. Il apprit le métier de tisserand. Marié, il eut une fille bien constituée, qui vit encore au moment où nous rédigeons cette observation. D'après sa femme, B... aurait fait quelques excès alcooliques. Le premier accès d'aliénation mentale a débuté brusquement. Après la guérison de ce premier accès, B... serait resté sobre, mais son caractère s'était modifié; il était devenu très irritable. Quelques semaines avant son deuxième internement, il a présenté des idées délirantes de grandeur, et son exaltation devint telle que sa femme le fit interner de nouveau.

A son entrée à l'asile, B... est assez calme. C'est un sujet de taille moyenne (1^m62). Pas de signes physiques de dégénérescence. Les dents sont bien plantées; les oreilles bien ourlées.

B... répond aux questions qu'on lui pose, donne des détails sur son premier internement. Sa mémoire est bien conservée. Voici les principales idées délirantes qu'il émet alors : Il s'appelle Bonaparte; il est procureur de la République divine; il s'appelle aussi de Montesquieu, mais il n'est qu'une personne.

Il est aussi le bon Dieu, Garibaldi. Il a fait le ciel. Il est maître d'armes et va tuer le diable en duel. Il est aussi tisserand et faucheur. Il est seigneur comte. Homère, Molière, Socrate, Abraham sont aussi des dieux. Il se plaint de décharges électriques. Pas de troubles des réflexes, de la sensibilité objective; pas de troubles du langage.

Dans les jours suivants, B... cause seul; il est propre. Refus de travailler. Il s'agite souvent et fait des gestes comme s'il se battait en duel. Les mêmes idées délirantes, les mêmes gestes s'observent chez B... les années suivantes, sans présenter aucun changement notable.

En août 1887, il prétend que des maîtres d'armes se tiennent dans son ventre depuis huit ans et huit mois; ils entrent par sa gorge; il les entend parler. A cette époque, il existe un léger affaiblissement intellectuel, et B... confond les dates.

Voici une lettre qu'il a adressée au médecin en août 1890 :
« Au commencement du monde, j'étais un grain de sable;
« j'ai été fait homme pour sauver la nature. Enfant, Dieu m'a
« donné les noms de Montauban, de Napoléon Bonaparte. J'ai
« gagné la bataille de Waterloo; j'ai gagné la bataille de Mon-
« tauban et de Solférino; je m'appelle Dieu Jean B... pour
« toujours : c'est l'immortel Dieu qui vous l'écrit. »

En mars 1899, on note les propos suivants : il est ici pour dérouler la nature sainte de ses malheurs. Au-dessus de lui, il n'y a personne. Il est le maître d'armes, il est le père des soleils; c'est lui qui a fait la lune. Il est le bon Dieu, Napoléon, Montesquieu, etc. Il a été tous ces personnages dans des vies précédentes. Il est très riche, la terre est à lui; tout lui appartient. Confusion dans les dates, B... se croit en 1900. Interprétations délirantes; B... reconnaît toutes les personnes qui l'approchent et leur donne des noms imaginaires. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. B... a des personnages dans son corps : il les entend causer; parmi ceux-ci, il y a des gens contre lui qui sont perdus, d'autres pour lui qui sont sauvés. Ces personnages sont de la grandeur d'un homme ordinaire; il y en a qui lui envoient de mauvaises odeurs. Son sang voit clair en dedans de lui. B... cause souvent seul, gesticule, faisant le geste de se battre en duel au fleuret. B... n'a jamais eu aucun moment de méchanceté.

En août 1903, B... présente de la parésie du côté gauche; cette parésie s'est installée lentement sans ictus. Les mêmes idées délirantes persistent toujours; léger affaiblissement de la mémoire.

En novembre 1905, la marche devient plus difficile; B... traîne péniblement la jambe gauche. A la fin du mois de novembre, on constate les symptômes physiques suivants : réflexes

rotuliens exagérés à gauche ; léger réflexe de Babinski du même côté ; réflexe crémasterien conservé ; force musculaire diminuée à gauche. Aucun trouble oculaire ; pas d'embarras de la parole. Au point de vue mental, on constate les mêmes idées de grandeur que nous avons signalées plus haut : il est Dieu ; il parle de la nature sainte, etc. Mêmes hallucinations cénesthésiques. Sa mémoire est encore bien conservée pour les faits anciens ; il dit exactement son âge, la date de sa naissance ; il sait qu'il est à l'asile d'aliénés, et il ajoute qu'il préférerait être chez lui, à X...

Le 2 janvier 1906, l'affaiblissement physique est devenu tel que B... garde le lit pendant une grande partie de la journée.

Le 29 janvier 1906, B... a un ictus avec élévation de température, et il meurt quelques heures après le début de l'ictus. Il avait alors soixante-neuf ans. Pendant les quelques heures qui précédèrent la mort, la commissure labiale était tirée à droite, les membres gauches étaient en résolution.

AUTOPSIE. — Rien à noter du côté des organes thoraciques et abdominaux, qui sont congestionnés. Aorte athéromateuse.

Rien de particulier au cuir chevelu. Adhérences de la calotte crânienne à la dure-mère au niveau des régions frontales. Adhérences très prononcées de la dure-mère aux méninges molles au niveau de la convexité des hémisphères. Sur leur face externe, les méninges molles sont très épaissies, fibreuses, d'une couleur lactescente très prononcée. Macroscopiquement, la décortication se fait assez bien. Les deux lobes frontaux sont intimement soudés à leur face interne, et il est impossible de les séparer sans déterminer des déchirures des méninges et du cortex sous-jacent. Léger athérome des artères de la base. Grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Sur les coupes vertico-transversales, on ne trouve aucune lésion corticale circonscrite ; - petit foyer ancien de ramollissement au niveau de l'extrémité de la corne frontale du ventricule latéral droit. Foyer de ramollissement récent dans la couche optique droite.

Le cervelet et le bulbe ne présentent aucune lésion macroscopique. Le cerveau pèse 1.420 grammes ; le cervelet et le bulbe pèsent ensemble 160 grammes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'examen a porté sur les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes droites et gauches à leur partie moyenne, sur le pied de la première frontale droite. Nous avons employé les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin et à l'hématoxyline.

Les lésions ont leur maximum d'intensité au niveau des régions motrices.

Les méninges sont très épaissies ; elles atteignent, par place,

3 millimètres d'épaisseur sur la surface libre des circonvolutions. Au niveau des sillons, l'épaississement est considérable. De nombreux vaisseaux, à parois bien formées, sillonnent le tissu fibreux des méninges. On constate, au microscope, que la pie-mère contracte de nombreuses adhérences avec le cortex. De nombreux noyaux embryonnaires s'observent au niveau des adhérences.

Sous les épaississements méningés, le cortex présente des aspérités entre lesquelles se glissent de nombreux vaisseaux; ces bosselures du cortex sont surtout formées de tissu névroglique. Il existe, d'ailleurs, sous tous les épaississements méningés, une sclérose diffuse qui s'accroît surtout au niveau des adhérences méningées. Dans le cortex, on remarque une prolifération de noyaux névrogliques.

Les fibres tangentielles sont moins abondantes que normalement; mais la lésion dominante des fibres à myéline consiste dans la disparition de la strie de Baillarger.

Les cellules nerveuses présentent de nombreuses granulations chromophiles; un grand nombre sont pigmentées et entourées de noyaux embryonnaires.

Les vaisseaux du cortex sont sains; on ne trouve autour d'eux aucune diapédèse.

Sur les coupes du bulbe, on relève une légère sclérose des pyramides antérieures avec prédominance sur la pyramide droite.

Les délires chroniques ont une évolution spéciale, suivant qu'ils surviennent chez un débile ou, au contraire, chez un individu dont les fonctions intellectuelles sont bien développées. Notre sujet était un débile. Son observation montre combien les idées de grandeur et la transformation de la personnalité peuvent survenir rapidement, pour ainsi dire dès le début de la psychose. Notre malade présente tout d'abord des idées de persécution et des idées mystiques. Ce délire polymorphe paraît guérir en quelques semaines, mais notre sujet reste irritable, et sa femme dit nettement qu'après sa sortie de l'asile, son mari n'était pas revenu à son état normal. Il reste cependant deux ans en liberté, quand surviennent des idées délirantes qui nécessitent de nouveau l'internement. On constate alors chez lui un délire de grandeur avec transformation de la personnalité. Les idées de persécution restent au second plan, ainsi que les hallucinations. Le malade dit qu'il ressent des décharges

électriques, mais il ne s'en préoccupe pas. Les idées de grandeur couvrent toute la scène. Il n'existe pas d'hallucinations de l'ouïe.

Cet état dure des années sans changement, quand, quatorze ans après, surviennent des hallucinations cénesthésiques. Notre malade dit qu'il a des maîtres d'armes dans le corps, qu'il les entend parler, etc. Ces symptômes se confondent alors avec ses idées de grandeur, et de nombreuses interprétations délirantes surviennent; il connaît toutes les personnes qu'il voit, il leur donne un nom. Enfin, quelques années plus tard, les maîtres d'armes qu'il a dans le corps se divisent en deux camps : les uns sont pour lui, les autres contre lui. Ces derniers lui envoient de mauvaises odeurs. Ces divers symptômes se maintiennent sans changement dans la suite, malgré l'apparition de troubles hémiplésiques et un léger affaiblissement de la mémoire. La maladie eut une durée de trente-quatre ans.

Les lésions du cerveau, que nous avons constatées, peuvent se résumer en un mot : méningo-corticalite chronique. La méningite fibro-plastique, les lésions de sclérose corticale, l'absence de nodules inflammatoires, montrent que ces lésions ont évolué très lentement. Nous ne chercherons pas, d'après ce cas unique, à poser le problème des lésions des délires chroniques, mais nous sommes portés à admettre que les lésions que nous venons de décrire sont certainement en rapport avec l'évolution du délire. Les observations de délire chronique, dans lesquelles on constate des lésions aussi nettes, sont encore très rares.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Il manicomio

ANNÉE 1903

I. — *L'écriture mirée*. Étude clinique par le D^r Tomasini (n° 1). — De nombreux problèmes psychologiques ont été soulevés par le graphisme spécial à la main gauche, connu sous les noms d'*Écriture spéculaire, mirée, réfléchie, en miroir*, etc. Depuis la découverte de ce fait par Buchwald, en 1878, chez des paralyvés à droite, la question s'est bien des fois discutée et beaucoup embrouillée. L'auteur, à son tour, rapporte une observation caractéristique et s'efforce d'en tirer quelque lumière nouvelle. — Un jeune homme de 23 ans, étudiant en droit, traité pour folie cocaïnique, dans le service du D^r Tomasini, s'aperçut, alors que, durant sa convalescence, il se distrayait à des exercices scripturaux, de la facilité grande qu'il avait à tracer, de sa main gauche, des signes renversés, — c'est-à-dire point pour point symétriques à ceux qu'il figurait de la main droite, — et, par contre, de la gêne éprouvée par lui, quand, de cette main gauche, il essayait d'écrire selon le type normal ; les caractères, dans ce dernier cas, étaient discords, tremblés, hésitants, parfois informes ; dans le premier, comme le démontre un fac-similé, ils sont continus, corrects, réguliers, élégants même. Le sujet n'est ni gaucher ni ambidextre et, cependant, déjà adulte, sans aucun exercice préalable, il a, du premier coup, obtenu un résultat quasi parfait.

Les raisons de cette anomalie graphique ont été maintes fois recherchées et les opinions les plus diverses se sont donné carrière. L'auteur passe en revue celles-ci, puis les fait suivre de la sienne propre. Il pense que « les observations publiées jusqu'à présent (et la sienne compte parmi les plus importantes) d'individus qui, sans éducation spéciale, se sont mis à écrire *en miroir*, rapidement et sûrement, témoignent contre l'existence

d'un centre graphique unique localisé dans un hémisphère cérébral... Il faudrait admettre dans des cas exceptionnels (anomalies ou autres causes) que siège sur l'hémisphère droit un autre centre dont l'éducation demeure latente... » Un trouble fonctionnel du cerveau gauche (hémorragie, ramollissement, — intoxication — c'est le cas de l'auteur), amenant l'affaiblissement des facultés générales, abaisse au même niveau les moyens encéphaliques parallèles et le sujet écrit indifféremment, soit normalement, soit à rebours, selon la main qu'il emploie, mais toujours dans le sens naturel à celle-ci; c'est-à-dire l'adduction.

II. — *La simulation de la folie*; par le Dr Guido Garbini (n° 1). — La fourberie, le mensonge, la ruse sont les armes du faible, de l'être, peuple ou individu, intellectuellement, moralement ou socialement arriéré. La simulation, à ce titre, n'est qu'une manifestation, une reviviscence de procédés ataviques; mise en œuvre par les insuffisants dans la lutte pour l'existence : la tromperie, en effet, se rencontre dans la série animale, aussi bien que chez la femme, l'enfant et l'homme imparfaitement civilisé ou développé.

La simulation de la folie est, proportionnellement, un fait plutôt rare; les cas publiés sont, il est vrai, assez nombreux, mais la part revenant à chaque observateur monte à peine à quelques unités. Penta, cependant, médecin des prisons de Naples, put en quatre années réunir les dossiers de cent vingt pseudo-aliénés; ce gros chiffre serait dû, d'après lui, à de pires raisons ethniques, le peuple napolitain — et les Méridionaux en général — étant de nature fantasque, mobile, légère et dissimulée. Pour les mêmes causes, sans doute, l'auteur a, durant le même laps de temps, vu entrer à l'asile de Messine treize simulateurs dont il détaille les observations.

De l'examen critique de ces relations émane, pour lui, cette évidence que la plupart des simulateurs sont des imbéciles. « ... La simulation se hausse jusqu'à une véritable et autonome entité morbide, jusqu'à un symptôme important de folie, de débilité mentale native; aussi bien, comme le veut Penta, la simulation, d'un autre côté, peut nettement être tenue pour une folie spéciale au criminel-né, pour la folie propre et vraie de celui-ci, pour l'expression superposée d'un affaiblissement intellectuel, passager ou durable;... en conséquence, il semble juste de marquer sa place taxinomique naturelle entre les arrêts de développement, parmi les épisodes de l'imbécillité. »

En présence d'une action criminelle, le simulateur devra-t-il

être regardé comme responsable, irresponsable ou semi-responsable? La plupart des aliénistes opinent dans le dernier sens; d'autres, avec tous les juristes de l'école classique, sont pour la responsabilité entière. Ils se trompent également : la simulation étant — sauf exceptions rares — une forme d'indigence mentale, son auteur doit, au moins dans la généralité des cas, être déclaré irresponsable.

III. — *Les facteurs biologiques de l'individualité somato-psychique criminelle, dans leur intrication avec les autres agents physiques et sociaux.* Essai par le professeur Del Greco (n° 1). — « L'auteur a dit, ailleurs, que l'individualité psychologique de l'homme débute, évolue et déchoit dans un double champ de formation, savoir : *bio-physique* et *psycho-social*... » A l'origine des temps, le milieu générateur était seulement *bio-physique* ou plutôt *cosmo-tellurique*; le nombre et les relations réciproques des masses vivantes, en vue de la nutrition et de la reproduction, déterminèrent, sous l'influence du progrès *bio-psychique*, l'apparition du *milieu social*. Agglomération sociale et Individualité biologique sont des termes connexes. Celle-ci est indissolublement liée à l'apparition de l'intelligence; dans l'état de nos connaissances, il est impossible de concevoir une *conscience* sans individualité organique et *vice versa*. Ces deux termes se dessinent progressivement dans l'échelle zoologique, et le premier s'évanouit avec le phénomène social, qui développe au summum les centres encéphaliques supérieurs; il modifie, de même, l'organisme selon les nouveaux milieux biophysiques résultant de l'activité collective. La vie sociale est donc comme une nouvelle ambiance superposée aux conditions cosmo-telluriques et biophysiques primitives, une efflorescence, une émanation de celles-ci; sa caractéristique est d'assurer, par son propre développement, le progrès de ses composants — les individus — qu'elle soumet à des actions biophysiques réglées, transformées par elle et devenues plus constantes et plus complexes. Ainsi, l'influence sociale modifiera, non seulement ses organes propres (centres cérébraux), mais, aussi, les autres, c'est-à-dire l'individu organique tout entier.

Il n'est pas rare de constater que la dégénérescence physique s'accompagne d'un certain degré de *déshumanisation*; il ne faudrait pas croire, cependant, qu'elle représente, dans leur intégrité antérieure, des individualités disparues. Le dégénéré laisse à désirer par bien des points et ne s'adapterait pas plus à un état social précédent qu'à celui dans lequel il vit; c'est,

avant tout, un disharmonique ; sa personnalité est instable, tend à la désagrégation et se montre émaillée des reviviscences d'une mentalité arriérée. La dégénérescence, bien qu'elle tende à séparer le patient du milieu biosocial, ne l'isole pas complètement, toute prédisposition nécessitant, pour s'épanouir, l'intervention éducatrice et maturative du milieu actif et présent. Aussi, l'hérédité, d'individuelle, tend à devenir collective, sociale ; l'élément héréditaire personnel se fait, de plus en plus, flottant, indéterminé...

On peut diviser en quatre classes les formes de la dégénérescence : 1° Désordres intellectuels, fugitifs, légers, curables, survenant chez des pseudo-normaux soumis à des conditions d'épuisement nerveux ; 2° infirmités mentales à symptomatologie touffue, à marche longue et diverse, perceptibles chez les *prédisposés* et les *dégénérés supérieurs* ; 3° mêmes formes altérées, sans précision dans les symptômes et l'allure ; caractéristiques d'individualités somatopsychiques profondément lésées, elles sont l'apanage des *dégénérés inférieurs* avec arrêts de développement ; 4° altérations constitutionnelles si graves qu'elles représentent une véritable dissolution ; — complexus de tares morbides qui placent au dernier degré de l'échelle humaine leurs misérables porteurs, à savoir les *idiots*.

Les délinquants peuvent se rencontrer dans les trois premières catégories, plus particulièrement dans la deuxième et la troisième. Les *dégénérés criminels* qui appartiennent à celle-ci (3°) sont divisibles en trois groupes : a) les *aggressifs*, enclins à l'homicide (impulsifs de tout ordre, épileptiques obnubilés, déments précoces, délirants vindicatifs, etc.) ; b) les *voleurs* (épileptiques, déments, parfois des maniaques) ; c) les *érotiques*, violateurs et homicides sexuels (timides et féroces à la fois, grévés d'un vague délire, profondément dégénérés ; parfois, émotifs, turbulents, bavards ; impulsifs génitaux). Ceux de la deuxième catégorie sont en général des instables, des nerveux ; ils comprennent des épileptoïdes, des paranoïques, des confusionnés, quelques paralytiques, plutôt *prédisposés* que *dégénérés supérieurs*. Ils sont, tous, sujets à une certaine incoercibilité des actes, des émotions, des idées ; leurs facultés inhibitrices sont encore suffisantes pour régler la marche, l'exécution de leurs forfaits, mais non pour refréner leurs appétits et leurs instincts.

La folie proprement dite, la *vésanie*, est une, au fond ; elle s'épanouit sous des aspects divers, moins par le fait de ses

caractères extérieurs que d'après la *constitution*, normale ou non, de l'individu ; elle se développe sur les caractères stables et définis du tempérament originel, mettant à nu, renforçant ou produisant les déféctuosités, les dispositions fondamentales du sujet. La dégénérescence fait de même : elle procède selon la constitution de l'intéressé. Nous naissons avec certaines tendances variables en degré pour chacun, la plupart du temps, même, endormies au fond de nous, ou transformées, ou devenues rudimentaires, par le fait des mœurs, de l'éducation, etc. La dégénérescence éveille ces dispositions, les ressuscite, les hypertrophie : l'agression, le vol, le stupre, ne sont que des reviviscences d'un mode normal aux temps primitifs. Dans ce rappel à l'instinctivité, la dégénérescence est aidée par un certain nombre de facteurs, tels que l'âge, le sexe, le tempérament, la classe sociale, l'élément ethnique. Chacun d'eux teinte le crime d'une nuance particulière, mais, spécialement, le sexe lui donne un caractère tranché ; dans la femme, la criminalité procède de la perversité affective ; c'est le domaine émotivo-sentimental qui est en jeu. Le tempérament, aussi, à sa valeur grande ; mais, la classe sociale et l'élément ethnique sont deux agents biologiques d'une importance supérieure encore : la personnalité criminelle apparaît différente selon les peuples et le degré social, selon la civilisation acquise.

L'aliéné n'est qu'une scorie, un déchet de la vie organisée ; il n'a plus de liens avec la société, il reste cantonné dans son délire et, à ce titre, extériorise avec une grande franchise les intimes déformations de son intelligence, qu'elles soient en rapport avec ses anomalies somatiques ou avec les circonstances sociales qui l'entourèrent ; on constatera donc, en lui, des dispositions instinctives, une impulsivité accessuelle, bref, comme une gradation préparatoire à l'acte néfaste. Certaines de ces irrégularités (de nature parfois à les rendre dangereux) s'observent chez un grand nombre de fous, même honnêtes, et provoquent cette impression que de tels sujets sont constamment sur les limites du crime. Presque tous les aliénés malfaiteurs appartiennent à cette espèce. Souvent, ils manifestent des sentiments traîtreux, rebelles, opiniâtres, à l'endroit de leur entourage, plus spécialement quand ils ont passé quelques temps en prison, avant d'être à l'asile. C'est bien la société qui donne toute son ampleur au naturel difforme et qui modèle le caractère criminel. Le malfaiteur, hors de l'action sociale, n'est qu'un instinctif : la lutte pour l'existence le rend batailleur,

subtil et rebelle ; la prison empire ses mauvais côtés et en fait un expert du mal.

On n'a donc pas tort de considérer l'action sociale comme la principale cause de la criminalité ; mais, la société ne doit pas s'entendre seulement comme milieu psychologique : le chercheur devra sciander cette expression naturelle en faits psychiques, biologiques, cosmotelluriques et tenir compte de leurs mutuelles connexions et réactions. L'individu est un système, une synthèse, un point nodal où se croisent, se mêlent, se transforment les éléments les plus divers d'essence, d'origine et de valeur ; cette résultante peut donc varier avec le temps, à l'égal des conditions biologiques et sociales dont elle émane ; aussi, l'effort modificateur, régénérateur, du philosophe doit-il porter sur ces conditions mêmes, afin de les transformer lentement, pour la plus grande amélioration du type criminel.

IV. — *La nomenclature en psychiatrie.* Considérations par le professeur A. de Luzenberger (n° 1). — Revue historique et critique des formes et des termes admis en médecine mentale, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. La raison de ce travail se trouve dans ce fait que « après une période d'analyse exagérée et de subdivisions cliniques excessives (Schüle et Arndt), il a semblé à l'auteur que s'est fait jour la tendance opposée, celle de vouloir, avec l'école d'Heidelberg, trop simplifier, trop condenser et fondre, sous des dénominations en partie artificielles, en partie incomplètes, des expressions morbides réellement existantes... »

V. — *Résistance électrique et contraction musculaire avant et après l'attaque d'épilepsie ;* par le Dr M. Alessi (n° 1). — Les expériences ont porté sur seize malades. Les résultats obtenus sont les suivants : 1° Chez tous les épileptiques étudiés, on constate une grande résistance au passage du courant ; 2° Cette résistance augmente après l'accès ; 3° La « moindre contraction » se produit, au biceps, avec une intensité de courant supérieure à la normale ; cette puissance de courants est, aussi, plus grande après l'attaque ; 4° Le graphique de la contraction musculaire, après l'accès, diffère de celui pris antérieurement par son irrégularité comme par sa moindre élévation ; la contraction CAn manque presque toujours ou se montre faible, irrégulière, avec de nombreuses contractions intermédiaires ; 5° Chez les individus agités après la crise, la formule doit être renversée en ce qui regarde la résistance et l'intensité nécessaire pour produire la plus faible contraction.

VI. — *Les criminels et l'anomalie fondamentale du caractère.* Apports du professeur Del Greco (n° 2). — Sous l'étiquette de « Criminels » figurent des individus très différents : les occasionnels ; les passionnels, les habituels et les originels ; on peut y joindre mêmes les aliénés. Les premiers ne sont pas à retenir ; les suivants confinent souvent à la folie. La rébellion est une tendance générale, chez tous les récidivistes ; aussi organisent-ils des groupes, des associations. Celles-ci ont de particulier que, formées de passionnels ou de déséquilibrés, elles sont actives, cohérentes et relativement durables ; composées d'habituels ou de congénitaux, elles manquent de consistance et de stabilité. Les criminels d'habitude sont des faibles que l'exemple, le milieu social ont façonnés, entraînés ; le plus souvent ils obéissent, tandis que le criminel-né commande ; ils sont « antisociaux » par défaut d'initiative et de personnalité morale ; leur conversion peut se produire, mais ne saurait être ferme, vu leur aboulie.

Différent est le criminel né : fainéant, égoïste, susceptible, mobile, déséquilibré, parfois génial, insensible à la douleur physique, on le trouve, aussi, capable d'affectivité boiteuse, même violente, dominateur, orgueilleux et volontaire, quoique lâche ; à l'occasion, il se montre, surtout, doué d'une impulsivité extrême. Le désir, le caprice, la fantaisie, le dominant irrésistiblement et le poussent aux pires actions ; le remords lui est inconnu, il se vante, à plaisir, avec un luxe de détails odieux, des forfaits commis.

Un trait qui le particularise encore est la dissimulation, le soupçon à l'égard d'autrui, s'agit-il de ses complices. Or, l'auteur a précédemment posé en principe que la défiance, « la suspicion constituent l'anomalie fondamentale, la marque de la dégénération du Caractère, celui-ci étant une formation socio-psychologique, tandis que le Tempérament est une formation psycho-physiologique. Le moule du Caractère est la vie sociale ; sa note dégénérative prédominante éclatera dans l'éloignement pour les autres hommes, pour ce prochain sous lequel le *moi moral* n'aurait aucune raison d'exister ». De là, la mise en œuvre par ces dégénérés de la simulation, de la perfidie, des embûches, de la ruse sous toutes ses formes. Ces tendances indiquent-elles un retour en arrière et peut-on assimiler le criminel-né à certains sauvages, encore à l'étape de barbarie ? Mais, ceux-ci même vivent à l'état de clans, de tribus ; ils agissent en êtres sociables, contrairement à lui ; en

revanche, il lui sont, mentalement, bien inférieurs ; de sorte que, à ces deux points de vue, notre dégénéré « se trouve placé trop haut ou trop bas par rapport à l'homme primitif ».

On discerne deux types essentiels dans le Caractère : la forme solidariste et la forme individualiste. A la première, appartiennent surtout les individus normaux, à inclinations altruistes, à dispositions élevées, riches d'idéation, d'affectivité morale, de puissance créatrice, de sentiments largement humains, de réceptivité sympathique ; quelques dégénérés peuvent figurer dans cette classe. Mais, la plupart d'entre eux relèvent de l'autre type ; à plus forte raison, le délinquant, chez lequel la valeur personnelle (déjà très réduite pour le dégénéré simple) descend à l'indigence, à une monstrueuse impulsivité organique (criminel-né) ou bien se délaie en passivité, incohérence et suggestibilité néfaste.

VII. — *La Neuronophagie*. Recherches histologiques par le Dr Esposito (n^{os} 1902-1903). — La destruction, par leurs éléments périphériques, des cellules nerveuses altérées fut, tout d'abord, constatée chez des individus morts d'hydrophobie. De 1872 à 1876, les observateurs paraissent d'accord pour reconnaître des leucocytes dans les agents destructeurs, et assimiler leur action à celle de la phagocytose. Krauss et Marinesco troublent le concert en attribuant à la prolifération névroglique la disparition des unités avariées ; le second donne au phénomène le nom de *neuronophagie*. Deux camps adverses se forment donc, entre lesquels vient s'établir celui des éclectiques, tels que Crocq ou même Hoche, qui admettraient pour causes du processus les deux ordres de facteurs. Où est la vérité ? C'est ce que l'auteur veut rechercher, à l'aide de préparations histologiques diverses, provenant des centres nerveux d'un enfant mort de rage et d'animaux inoculés avec le même virus rabique. Il établit des comparaisons entre ces pièces et d'autres analogues émanant d'hommes et de bêtes chez qui évolua la neuronophagie, à la suite de lésions inflammatoires chroniques. Ses conclusions se formulent comme il suit : Entre les lésions des cellules et l'accumulation des éléments dits neuronophages à leur entour, il n'existe pas de rapport constant. Des cellules gravement atteintes sont presque dénuées périphériquement de noyaux destructeurs ; d'autres, au contraire, dont la lésion est insignifiante s'en montrent amplement pourvues. — Aucun fait positif, aucun indice d'activité destructive, aucun phénomène de réaction, de la part de la cellule cir-

conscrite, aucune trace de produits cataboliques, d'origine nerveuse ne témoigne en faveur de la prétendue neuronophagie. — La pénétration des corpuscules, dits neuronophages, dans le milieu cellulaire, n'est qu'illusoire et n'a pas lieu réellement; une observation soutenue les retrouve toujours en dehors, au-dessus ou au-dessous du protoplasma. L'apparence des cellules en voie de disparition rappelle plutôt un procès de dissolution, de fluidification, de désintégration avec réabsorption du corps cellulaire, qu'un investissement par des phagocytes. — Dans les cas pathologiques, survient une prolifération, parfois énorme, de noyaux disséminés : ils sont névrogliques de nature, mais nullement phagocytaires de destination. « La névroglie, cependant, pourrait concourir à l'élimination des cellules très malades ou déjà mortes, par la production de sécrétions spéciales, auxiliaires de la dissolution neurocytique. A cette même œuvre participent, plus encore, peut-être, dans les inflammations, les leucocytes qui, au sein des vaisseaux avoisinants ou des espaces lymphatiques périvasculaires, reçoivent les produits cataboliques émanés des cellules nerveuses et, par leur contact, sont incités à la production de substances solubles destructives des cellules mortes ou moribondes. » Les leucocytes ne pénètrent jamais dans le tissu nerveux; les corpuscules y observés sont de provenance névroglique, mais ne sont nullement les agents de la neuronophagie: celle-ci n'est, d'ailleurs, qu'une neuronolyse.

VIII. — *Un cas d'hallucinations unilatérales*; par le Dr C. Pianetta (n° 2). — R. C..., quarante-huit ans, paysanne, célibataire, sans antécédents psychopathiques. Un peu sourde, à droite, depuis la naissance, elle le devient complètement après une otite. Vers quarante-six ans, difficultés familiales qui éveillent des idées de persécution avec craintes d'empoisonnement. Hallucinations auditives à caractère mystique, traversées de quelques troubles visuels de même nature. Séquestrée en 1901.

Stature basse, légère hypertrophie thyroïdienne, intelligence limitée, acuité auditive gauche normale; surdité complète à droite, par sclérose de la caisse du tympan, avec catarrhe local s'étendant à la trompe. Hallucinations visuelles rares; hallucinations ou illusions viscérales et cénesthésiques plus fréquentes; perturbations de l'ouïe presque constante, et, surtout, localisées à droite. Les premières sont bilatérales et supprimables à volonté par le moyen d'un écran; les autres se localisent de préférence

à l'épigastre et au côté droit du thorax : la malade croit avoir en elle une personne qui la gêne pour respirer, parler, manger ; c'est de là, aussi, que partent, souvent, les propos et les bruits saisis par son oreille droite, l'oreille lésée. Les paroles, peu nombreuses, sont répétées avec insistance ; tantôt éclatent des invocations à Dieu, des phrases de messe, des chants sacrés, tantôt des reproches mystiques, des injures, des grossièretés sensuelles. La malade reconnaît la voix de sa mère, de son curé, du père éternel, — toujours à droite. L'oreille gauche éprouve également quelques sensations anormales ; mais, elles sont beaucoup plus rares et s'accompagnent d'autres phénomènes sensoriels connexes ; en même temps, par exemple, qu'elle voit une personne inconnue, elle s'entend dire à plusieurs reprises : « Pauvrette ! pauvrette ! » De plus, il n'y a aucun lien entre les auditions de gauche et les troubles acoustiques ou viscéraux de droite ; les deux ordres de faits sont entièrement indépendants ; de sorte que l'on pourrait considérer R. C... comme atteinte d'*hallucinations bi-unilatérales*.

L'auteur dresse une revue critique des nombreuses théories émises tant sur l'étiologie que la pathogenèse ou la localisation de semblables manifestations morbides (Régis, Sepilli, Hammond, Joffroy, Séglas, Tamburini, Tanzi, Pitres, Parinaud Liégeois, etc.) ; il conclut : « Si les derniers travaux sur les hallucinations unilatérales nous en offrent d'ingénieuses explications, plus conformes que les précédentes à l'anatomie cérébrale et s'accordant mieux avec le fonctionnement réel ou supposé des divers centres et les rapports qui les unissent, ces travaux, toutefois, n'apportent point encore au problème une solution axiomatique. »

IX. — *Recherches de psychothérapie manicomiale* ; par le Dr G. Mondio (n° 2). — Le traitement des aliénés, à l'asile, compte un nombre considérable de méthodes et de moyens ; un des plus récents et des moins employés est la psychothérapie. « Le domaine de cet agent ne se restreint pas aux limites de la suggestion ; devenu psycho-physiologique et psycho-physique, on doit voir en lui, de nos jours, un rééducateur de la pensée et, par sa mise en œuvre méthodique et ferme, concevoir l'espérance d'avantages aussi prochains qu'indubitables. » L'auteur a expérimenté ce *modus medendi* sur 24 séquestrés, 12 hommes et 12 femmes, chez qui l'hérédité névropathique et les stigmates dégénératifs faisaient défaut ou à peu près. Furent soumis au traitement, chez les hommes : 3 mélancoliques, 3 maniaques,

3 confusionnés (*amentia*) et 3 persécutés (*paranoïa*); chez les femmes, mêmes formes, dans les mêmes proportions. Les guérisons obtenues s'élevèrent à 13 (6 h. + 7 f.); améliorations notables : 5 (3 h. + 2 f.); améliorations légères : 2 (1 h. + 1 f.). Résultats négatifs : 4 (3 h. + 1 f.). Les maniaques (tous guéris) et les mélancoliques (50 p. 100) ont surtout bénéficié de la méthode; puis, viennent, en ordre décroissant, les confusionnés et les sensoriels avec 4 guérisons, 4 améliorations et 4 insuccès. Comme toujours, l'issue de la médication est d'autant plus heureuse que la maladie mentale se trouve plus près de son origine. Quant au procédé, il se résume à peu près dans la conversation avec chaque malade, un quart d'heure par jour au moins, conversation qui, au début, n'est guère qu'un soliloque pour l'opérateur. Connaître minutieusement l'histoire du sujet, l'entretenir avec une sympathie marquée, de mille choses qui peuvent éveiller son attention et son intérêt, de ses affaires, par exemple, de ses projets, de ses habitudes, de sa famille, de son pays; l'amener à écouter, d'abord, à répondre, ensuite, grâce à une insistance aussi patiente que bienveillante, à écrire, enfin, et à déployer quelque initiative, telles sont les grandes lignes du traitement; il varie, nécessairement un peu, dans les détails, selon l'affection mentale et selon l'occurrence.

X. — *Les maladies mentales familiales*; par le D^r G. Esposito (n° 2), première partie. Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XI. — *L'étude des individualités psychologiques humaines. (La psycho-anthropologie et sa méthode)*. Essai par le prof. Del Greco (n° 3). — Le dualisme cartésien, en distinguant la pensée de la réalité matérielle, en assignant à la première le domaine de la conscience, à la seconde, le terrain du mouvement et de l'expansion, créa deux courants divergents : celui de la philosophie critique, d'une part, celui de la science naturelle, de l'autre. Mais, par son excès même, cette doctrine pèse, encore aujourd'hui, sur les connaissances humaines, en ce qu'elle fait ennemies des écoles dont l'intérêt de la vérité réclamerait le rapprochement et l'accord. La psychologie pure gagnerait à s'harmoniser avec la pathologie psychique et l'anthropologie, pour le bénéfice des études pédagogiques, criminologiques et médico-légales. Il faudrait, pour atteindre le but, ne plus considérer l'âme — l'esprit — comme séparée de tout contact organique, comme isolée du milieu bio-physique et social. Ainsi, arriverait-on, sûrement, à la connaissance précise de l'homme,

au point de vue psychologique, — à la psycho-anthropologie. Parmi les modificateurs individuels, les facteurs biologiques tiennent, en effet, la bonne place et déterminent « la ligne fondamentale du sujet » ; cette ligne, en tant qu'expression organique résultant des accumulations héréditaires et des spécialisations cérébrales les plus ténues, est comme le lieu des aspects psychologiques constituant l'individu. Les variations de celui-ci, en fonction du milieu social, se capitalisent dans l'organisme, puis ressuscitent, se déploient, ultérieurement, sous la pression de stimulants convenables.

L'être humain, unité concrète à double aspect, intéresse une double espèce de sciences, les unes psychologiques, les autres physio-anatomiques ; l'anthropologie devra, donc, l'examiner non plus seulement au point de vue somatique, mais dans ses relations avec le milieu générateur du type ; elle aura à déterminer la définition et la formation progressive de celui-ci, et, s'élevant de plus en plus, tendra vers l'institution d'une doctrine supérieure, l'*anthropogénie*, « forme ultime de la science de l'homme, plus philosophique que nulle autre ». L'anthropologie ne saurait donc se borner au rôle d'histoire naturelle : elle doit analyser l'homme en tant qu'individualité somato-psychique, et, à ce titre, l'étudier sous ses deux faces, selon l'intellect et selon le tempérament, l'âge, la classe sociale, le sexe, etc..., en un mot, selon les facteurs biologiques capables de le modifier plus ou moins profondément.

XII. — *La criminalité chez les fous* ; notes du professeur G. Angiolella (n° 3). — Examen psycho-organique de 115 aliénés criminels du sexe masculin, soit le $\frac{1}{25}$ des admissions à l'asile Victor-Emmanuel II, pendant dix ans. Parmi eux, figurent des fous devenus délinquants $\left(\frac{68}{115}\right)$ et des criminels, considérés comme normaux, à l'instant du méfait, puis devenus fous par la suite $\left(\frac{47}{115}\right)$. Les premiers comprennent surtout des épileptiques (33), des persécutés (15), des instinctifs (13) ; viennent, ensuite, en nombre infime, des maniaques (4), et, finalement : 1 sensoriel, 1 lypémanique, 1 hébéphrénique. Ce dernier, dont on ignore les anamnestiques, est très impulsif ; son prédécesseur témoigne d'un fonds épileptoïde ; le sensoriel, aussi bien que les quatre maniaques, étalent des signes multiples de dégénérescence et réagissent violemment, par intervalles. Restent les trois groupes

principaux, signalés en premier lieu. Les 13 instinctifs ou fous moraux revêtent des types variés, depuis le délirant asystématique, le maniaque récurrent ou le simple excité, jusqu'à l'imbécile; l'histoire de ces malades nous apprend que, bien souvent, l'accès délirant a éclaté en prison, longtemps après le crime; il semblerait donc qu'ils doivent figurer dans la catégorie des criminels devenus fous; il n'en est rien, parce que les symptômes de l'état chronique (folie morale) l'emportent de beaucoup sur les manifestations aiguës. Au fond, ils représentent le trait d'union entre les deux catégories. Nous n'avons plus, en face de nous, que des épileptiques et des persécutés, les deux variétés les plus notables de criminels aliénés. On observe, ici, un rapport direct entre la psychopathie et l'acte coupable; c'est ce que démontrent clairement les 15 observations concernant les seconds. Bien que la chose soit, peut-être, un peu moins évidente, chez eux, on en peut dire autant des épileptiques; tous ne tombent pas en convulsions : 11 sur 33 sont des « psychiques » et, par leurs allures, se rapprochent des instinctifs; 10 autres sont des comitiaux à prédominance intellectuelle, c'est-à-dire des malades à chutes rares, mais à perturbations mentales fréquemment renouvelées; c'est la forme intermédiaire, surtout voisine de la précédente.

Des 47 individus restants (criminels devenus aliénés), 4 ont évolué dans le sens de la manie avec démence consécutive; les 43 autres payèrent tribut à la forme paranoïque avec, pour quelques-uns, une teinte spéciale caractérisant ce que l'auteur nomme la folie carcérale. Chez ces aliénés, comme chez les précédents, il était facile de relever des tares dégénératives nombreuses et une constitution psycho-somatique originelle. Ils ne diffèrent donc pas sensiblement d'une catégorie à l'autre, sauf quant à l'ordre des phénomènes initiaux, chose secondaire dans l'espèce.

Le recensement des crimes commis par les 115 sujets en cause montre d'abord que les actes sanguinaires sont de beaucoup les plus nombreux (78) et ont, surtout, pour auteurs des paranoïques (46); les épileptiques n'arrivent qu'au deuxième rang (20), à ce même point de vue. Du reste, ils ont également la deuxième place, les persécutés gardant la première, dans la statistique générale (Epileptiques : $\frac{33}{115}$; Persécutés : $\frac{58}{115}$). L'asile Victor-Emmanuel II étant commun à six provinces, le pourcentage criminel le plus élevé appartient à celle de Cosenza,

avec 18 malfaiteurs pour 304 séquestrations (5,92 p. 100). Or, ce territoire est un de ceux qui, dans les cartes de la criminalité, déploient les couleurs les plus sombres; en même temps, il compte fort peu d'aliénés. « Il y a donc, dans le caractère ethnique de ces populations, quelque chose qui les porte au crime plus qu'à la folie », et s'il existe beaucoup de délinquants parmi les fous Cosentins, c'est simplement parce que la normale le veut ainsi. Ici également, les paranoïques forment la majorité. Suivent, en ordre décroissant, les provinces de Bari (5,22 p. 100), d'Avellino (4,21), et de Salerne (3,23).

Considérés sous l'aspect anthropologique, nos 115 criminels fournissent 49 brachycéphales, 37 dolichocéphales et 29 mésaticéphales. Leurs stigmates physiques « sont ceux que l'on rencontre habituellement chez les malfaiteurs et les anormaux, en général ». Afin d'en éviter l'énumération fastidieuse, l'auteur a joint à son étude 60 photographies d'où ressortent nettement « le type criminel et, outre les signes dégénératifs proprement dits, l'expression criminelle de la physionomie, visible même à travers le masque démentiel qui recouvre celle-ci ». La tendance à mal faire constitue donc un élément inné, congénital, une face du caractère individuel « pouvant coïncider, parfois, avec des troubles psychopathiques, mais inapte à dériver de ceux-ci, là où elle n'existe pas... On naît avec des inclinations bonnes ou mauvaises que l'éducation et le milieu ne peuvent que légèrement modifier; la folie n'a pas le pouvoir transformatif qu'on lui prête : tout au plus peut-elle mettre en évidence les côtés faibles de la personnalité... L'association de ces deux anomalies repose sur ce fait qu'elles ont des racines dans le même sol et sont les effets d'une même cause, la constitution originelle ».

On voit par là combien la législation retarde sur les données scientifiques modernes et quel changement radical nécessiteraient la plupart des Codes en usage. Le châtiment n'ayant pas sa raison d'être, vu son défaut d'action, il y aurait lieu de *prévenir* le crime et, pour cela faire, d'étudier les conditions dans lesquelles on pourrait utiliser, pour le bien social, l'énergie de ces déshérités, pour anormale qu'elle soit.

XIII. — *Les maladies mentales familiales*; par le Dr G. Esposito (*suite*, n° 3). Deuxième partie. Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

E. NICOLAU.

BIBLIOGRAPHIE

Locura del embarazo (Folie gravidique); par les D^{rs} E. Canton, professeur d'obstétrique, et J. Ingegnieros, chef de clinique neuropathologique à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Broch. in-8°, 1903.

La fonction maternelle se compose d'un certain nombre de stades ou périodes, capables de donner lieu, isolément, à l'éclosion d'une psychose; c'est ainsi qu'apparaissent la folie cataméniale, la folie gravidique, la folie du part, la folie *post partum*, la folie de l'allaitement. Elles constituent le groupe des folies puerpérales et offrent des caractères communs ou, du moins, insuffisamment tranchés pour que l'on puisse, à chacune d'elles, assigner une valeur clinique indépendante. La première forme reconnaît pour causes l'hérédité névropathique, l'hystérie, la neurasthénie compliquées de misère physiologique, de dysménorrhée, de surmenage. Les psychoses dues à l'accouchement même sont, peut-être, les plus fréquentes du groupe (60 p. 100, selon Aschaffenburg), elles ont pour origine les troubles nutritifs de la période précédente et l'intoxication cérébrale consécutive; le traumatisme agit comme facteur déterminant. La folie *post-partum* relève d'une pathogénie à peu près semblable. Les accidents de la lactation sont d'ordre toxique.

On peut en dire autant, par un côté, des atteintes cérébrales observées au cours de la grossesse; d'après les auteurs, « toutes les influences de la gestation sur l'état mental peuvent se ranger dans trois catégories : 1° Influences réflexes, avec « zone d'excitation comprenant l'utérus et les organes voisins; 2° influences toxiques, par troubles de la nutrition; 3° influences purement psychiques intéressant des femmes enceintes prédisposées, déjà, par des antécédents névropathiques ». Aussi, l'évolution de ce type morbide est-elle subordonnée à la persistance des facteurs étiologiques. Si la maladie est de cause réflexe, l'« élimination du fœtus suffit à

« les supprimer; si elle reconnaît une origine toxique, il
« importe de rendre à la nutrition générale ses conditions nor-
« males. Cependant, en certains cas, les altérations mentales
« persistent après disparition de l'agent direct, lorsque celui-ci
« a purement servi à mettre en jeu des prédispositions inéluc-
« tables ».

L'observation suivante corrobore ces vues. X..., vingt-huit ans, mariée, sans profession, d'antécédents négatifs, sauf quelques irrégularités menstruelles exemptes de répercussion. Géniteurs sains; sœur hystérique. Quatre grossesses antérieures dont la troisième seule vint à terme. Actuellement enceinte de six à sept mois, durant lesquels tout s'est régulièrement passé. L'analyse des urines révèle 3 p. 1000 d'albumine, de l'urobiline, des cylindres hyalo-granuleux et hyalins. Etat général des organes satisfaisant; déviation de l'utérus à gauche, présentation céphalique, position I. T. Voici une quinzaine, environ, la malade éprouva de l'inappétence, de la tristesse, une fatigue générale avec tendance à la mélancolie; dépression et taciturnité. Quatre jours plus tard, agitation, plaintes bruyantes, établissement de l'état maniaque; le soir, à 10 heures, première crise convulsive, suivie de plusieurs autres, au cours de la nuit et du lendemain: vingt au total. Dans les intervalles, obnubilation complète, instabilité motrice hallucinations commençantes. C'est le moment de son entrée à l'hôpital, où les attaques se poursuivent, de caractère épileptiforme. Albumine, 6 p. 1000. Alternatives d'excitation et de sopor entre les accès; dans la nuit, aggravation de la confusion mentale aiguë compliquée de délire hallucinatoire. Insomnie complète; tentatives fréquentes de rapt d'enfant, à l'endroit d'une voisine de lit qu'elle suppose lui avoir volé son nourrisson: elle croit avoir accouché, réclame son fils, etc. Les jours suivants, persistance du même délire entremêlé de crises; diminution lente, mais progressive, de la confusion mentale; la malade réclame, bientôt, des soins de propreté, reconnaît son mari... L'albumine retombe à 3 p. 1000. La disparition des attaques et l'atténuation des troubles psychiques coïncident avec la mort intra-utérine du fœtus, survenue six jours après l'admission à l'hôpital. L'accouchement se fait avec facilité; une semaine plus tard, la femme X... a recouvré le plein exercice de son intelligence.

L'interprétation clinique et pathogénique de ce cas est des plus simples. Il s'agit, ici, d'une intoxication de l'écorce céré-

brale, au niveau des zones motrices et psychiques. C'est une auto-intoxication par albuminurie, donnant lieu à « une véritable folie éclamptique, durant la grossesse. La pathogénie des perturbations mentales est la même qui règle les phénomènes convulsifs : l'intoxication, localisée aux centres moteurs, produit la convulsion et, dans les centres d'association, détermine la confusion, l'incohérence, l'hallucination, le délire. Un phénomène intéressant est la coïncidence entre la mort du fœtus et la disparition des désordres convulsifs psychopathiques. Ce n'est, pourtant, pas un fait nouveau : Max Runge l'avait déjà signalé... ».

E. NICOLAU.

Hystero-Epilepsie, durch Spiritismus hervorgerufen (Hystéro-épilepsie provoquée par le spiritisme); par le D^r Julius Donath, professeur à l'Université, chef de service à l'hôpital Saint-Etienne, de Budapest. Broch. in-8°. Extrait de la *Semaine médicale viennoise*, n° 2, 1903.

La recherche d'un frisson nouveau par une société luxueuse et blasée, son appétit déréglé de nouvelles connaissances, en dehors de tout travail intellectuel, caractérisent sa décadence. La folie démoniaque et les procès de sorcellerie particuliers aux xv^e et xvi^e siècles ont ceci de commun avec le spiritisme de nos jours qu'on voit leurs participants émaner des rangs les plus hauts, les plus éclairés, et non pas, uniquement, du sein de la foule laborieuse. Danses de verres et mouvements de tables relèvent de la mécanique et de la physiologie; les états d'extase (ou de transe) constituent des phénomènes hypnotiques; toutes choses pour l'étude desquelles les adeptes du spiritisme n'ont ni les capacités, ni, même, la volonté suffisantes. Le surplus n'est que tromperie ou bien auto-illusion.

L'hypnose est un sommeil apparent, dans lequel les plus hautes facultés psychiques, telles que la volonté, le jugement et leurs actions inhibitrices, sont plus ou moins abolies, en même temps que les centres automatiques inférieurs acquièrent la prépondérance; ainsi peut ouvrir la suggestion, par l'intermédiaire des organes des sens maintenus en éveil. L'expérience nous a montré que l'hypnose et la suggestion vigile sont, pour le médecin, de puissants auxiliaires dans le traitement des névroses et, même, de certaines affections organiques; malheu-

reusement, une ombre tempère ces aspects favorables ; des mains inexpérimentées, négligentes ou brutales risquent, par un emploi néfaste de la méthode, à provoquer de graves désordres, notamment des manifestations hystériques, sans compter les attentats que peuvent imposer aux sujets ou consommer sur leur personne des professionnels malhonnêtes.

Quant à la pratique du spiritisme, les puissantes émotions qu'elle suscite en font un danger, surtout pour les organisations névropathiques. Forel, Vigouroux, Henneberg ont rapporté des cas de folie ayant cette provenance et l'auteur, lui-même, relate, à l'appui de sa thèse, les deux observations ci-après. — I. Marie B..., seize ans, femme de chambre, de belle santé, sans hérédité ni constitution nerveuses, entre à l'hôpital le 31 mai : elle pousse des cris inarticulés et ne répond, d'abord, que par signes aux questions posées ; elle recouvre, bientôt, la parole, mais éprouve encore, fréquemment, des convulsions générales, aujourd'hui sans pertes de connaissance, toutefois. Elle était en place, à la campagne, dans un ménage adonné au spiritisme ; là, plusieurs mois durant, elle prit part à des séances où la table dansait, où les esprits évoqués dirigeaient sa main sur le papier ; c'étaient ses débuts. Elle ne tarda pas à s'imaginer que les esprits la poursuivaient, clamant et l'appelant par son nom. Pas de crises nerveuses, à cette époque. Malgré ses transes, elle dut continuer, chaque soir, son office de médium ; avec le temps, elle devint anxieuse au point de ne plus oser sortir seule. Un peu plus tard, on l'endormit à l'aide de passes manuelles, durant sept réunions consécutives, à l'issue desquelles elle éprouva, fréquemment, tantôt des frissons, tantôt de la chaleur, des vertiges exempts de chute, des crises de larmes et, la nuit, la sensation d'un corps froid gisant auprès d'elle : d'où, perte de sommeil. Depuis un mois, sont intervenues des attaques nerveuses avec défaut de conscience et aphonie ultérieure. Amenée à la clinique, la malade, grâce à l'hypnose dûment conduite, ne tarde pas à s'améliorer : le sommeil revient, l'anxiété cède. Le traitement psychique est tout d'apaisement et d'éducation. Sous son influence, également, s'éloignent, puis, disparaissent, les crises hystéro-épileptiques, les hallucinations et, aussi, l'aphonie que d'intenses courants faradiques n'avaient pu vaincre. — II. M^{lle} X..., dix-sept ans, très intelligente, assiste, pendant quatre semaines, chez ses parents, en province, à des expériences de spiritisme. Cette brève participation suffit pour déterminer

l'éclosion de phénomènes hystériques jusqu'alors inconnus d'elle : impressionnabilité, angoisse envers les esprits, insomnie, etc.

Le nombre est plus grand qu'on ne le soupçonne des indispositions névropathiques résultant de la même cause : les journaux, par exemple, ont rapporté que la Tzarine, après une séance de spiritisme, avait subi une attaque de nerfs. Aussi, conclut l'auteur, « je crois que nous devons, sans l'ombre d'une « hésitation, ruiner, par l'interdiction légale des assemblées « spirites, le culte d'une superstition honteuse pour notre « temps, abêtissante pour le peuple et dangereuse pour la « santé ».

E. NICOLAU.

Criminal responsibility (De la responsabilité criminelle); par le D^r Charles Mercier, chargé du cours d'aliénation mentale à l'Ecole de médecine de Westminster hospital. 1 vol. in-8°, de 226 pages. Oxford, 1905.

« Dans l'homicide comme dans tous les autres crimes, a dit un des plus grands jurisconsultes anglais, il faut considérer deux choses : l'acte en lui-même; et l'état d'esprit qui l'a accompagné. » C'est l'évidence même; mais en résulte-t-il que l'analyse de cet état d'esprit concomitant soit à la portée de tout le monde? Non, car les crimes ont été étudiés, analysés, classés avec une minutie et une subtilité extraordinaires par les juristes sans aboutir à quoi que ce soit de pratique. La raison en est simple : de même que, sans connaissances géologiques, on ne peut analyser la composition du plus vulgaire caillou, de même, sans connaissances spéciales, on ne saurait scruter tous les ressorts d'un crime. Et la connaissance de la psychologie normale n'y suffit pas, il faut y joindre l'étude des maladies mentales.

C'est pourquoi les hommes de loi, quels que soient leurs mérites, ont souvent, en criminologie, des opinions erronées; ils ne connaissent que la psychologie normale, et raisonnent, à propos de l'esprit troublé, comme ils le feraient à propos de l'esprit sain, sans se douter que le mode de fonctionnement n'est pas le même dans les deux états. D'autre part, les connaissances psychiatriques qu'ils cherchent à acquérir, sans préparation suffisante, ne les conduisent qu'à des déceptions; ils ne trouvent, dans cette branche des connaissances, ni la rigueur

déductive des sciences exactes, ni l'enchaînement harmonieux des effets et des causes ; ils restent perplexes en face de ce problème : d'un côté l'esprit, avec ses multiples modalités, ses aspects innombrables, de l'autre le cerveau, organe complexe, encore peu connu.

C'est pour faciliter l'intelligence des questions de criminologie morbide que M. Mercier a écrit sur la responsabilité ce livre conçu sur un plan simple et d'après les méthodes de la psychologie classique.

Dans un premier chapitre, il étudie l'idée de responsabilité et en montre l'évolution à travers les âges et les civilisations. Dans un second, il analyse la volonté et en décompose les éléments multiples ; dans un troisième, il expose ce qu'on doit entendre par l'action de mal faire qui se ramène, en dernière analyse, à cette définition : celui-là fait mal, qui, sans provocation, cherche une satisfaction dans l'acte intentionnel de nuire.

Trois chapitres sont ensuite consacrés à l'exposé des troubles psychiques élémentaires et à l'examen des mobiles pathologiques des actes chez les aliénés.

Enfin, dans les derniers chapitres, l'auteur étudie les différents aspects sous lesquels se posent les questions de responsabilité criminelle ainsi que la jurisprudence anglaise sur la matière. Il termine par des conseils pratiques sur la manière d'examiner les inculpés et de conduire les expertises.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Pinel ; par le Dr Charles Vidal, médecin-adjoint des hôpitaux de Castres. 33 pages in-18. Castres, 1906.

— Enseignement du personnel des asiles d'aliénés, 1^{re} série : sur les devoirs professionnels des infirmiers ; par le Dr René Charon, médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens. 40 pages in-8°. Amiens, librairie G. Redonnet fils, 1906.

— The results of operation for the removal of cerebral tumors ; par le Dr Philip Coombs Knapp, de Boston. 11 pages in-8°. Philadelphie, 1905.

— A propos de quelques résultats pratiques et immédiats obtenus par la ponction lombaire ; par les Drs Anglade et

Jacquin. 11 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Bordeaux*, 24 juin 1906.

— Infantilisme et dégénérescence psychique. Influence de l'hérédité neuro-pathologique; par le D^r Magalhaes Lemos. 24 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Janvier-février 1906.

— The mental symptoms of cerebral tumour; par le D^r Philip Coombs Knapp. 22 pages in-8°. Extrait du *Brain*, 1906.

— Méningo-myélite transverse et méningo-encéphalite chez une femme tuberculeuse; par les D^{rs} Anglade et Jacquin. 12 pages in-8°. Extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 6 août 1905.

— La striatura ungueale trasversa particolarmente considerata negli alienati; par le D^r M. Falciola, du manicomio de Come. 10 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1906.

— Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés; par le D^r Maurice Dide. Rapport présenté au XVI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. 177 pages in-8°. Lille, Le Bigot frères, 1906.

— Epilepsie totale d'origine traumatique; par les D^{rs} Anglade et Jacquin. 7 pages in-8°. Extrait de la *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 9 avril 1905.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XV^e session, tenue à Rennes du 1^{er} au 7 août 1905. Comptes rendus publiés par le D^r Sizaret, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 437 pages avec planches. Paris, Masson et C^{ie}, 1905.

— Contributo al metodo sperimentale nello studio medicolegale delle alienazioni; par le D^r Mario Falciola. 23 pages in-8°. Torino, 1906.

— Asile de Blois. 26^e Rapport médical présenté par les D^{rs} Doutrebente et Marchand. — 26^e Compte moral et administratif présenté par le D^r Doutrebente. 60 pages in-8°. Blois, 1906.

— Gliome du lobe temporal; par les D^{rs} Anglade, Jacquin et de Verduzan. 15 pages in-8°. Bordeaux, Imprimerie G. Gounouilh, 1906.

— Istero-epilessia con aura melanofofica; par le D^r Corrado Tommasi. 31 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1906.

— Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente; par le D^r Louis Pagès. Thèse de Bordeaux, 1906.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de juillet 1906 ; M. le D^r CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 francs) ;

M. le D^r CHOCREAUX, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 francs) ;

M. le D^r MAUPATÉ, directeur-médecin de l'asile de La Charité (Nièvre), est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord) ; poste créé ;

M. le D^r LEVET, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé directeur-médecin de l'asile de La Charité (Nièvre) ;

M. le D^r LALANNE, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé médecin en chef du même asile ; poste créé ;

M. le D^r TOY, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

NÉCROLOGIE

D^r NINA-RODRIGUES. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Nina-Rodrigues, professeur de médecine légale à l'Université de Bahia (Brésil), décédé à Paris, le 17 juillet dernier. Ce confrère distingué qui fut un collaborateur assidu des *Annales*, était venu assister au Congrès de Lisbonne. Il se proposait de visiter les principales villes universitaires de l'Europe, lorsque le mal cruel dont il était atteint s'exaspéra et l'emporta en quelques jours de cruelles souffrances, l'enlevant prématurément — il avait à peine quarante-trois ans — à l'affection de sa famille et de ses amis, à la science qu'il honorait par ses travaux.

Nina-Rodrigues était depuis quinze ans professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia. Il introduisit dans son enseignement, très suivi, toutes les méthodes appliquées en Europe par les maîtres éminents dont il connaissait à fond les œuvres et les idées. Il leur manifesta sa reconnaissance par

l'heureuse application qu'il fit de leurs principes à des recherches originales sur les points les plus divers de la médecine légale, de l'anthropologie criminelle et même de la pathologie mentale.

Dès 1898, il envoyait aux *Annales*, où il fut publié dans le numéro de mai, un travail sur une *épidémie de folie religieuse au Brésil*. C'est un récit fidèle, fait par un médecin compétent, de cette célèbre révolte des Canudos, soulevée par l'aliéné Antonio Concelheiro.

Plus tard, étendant ce sujet, Nina-Rodrigues consacra une étude plus étendue à cette intéressante question de la contagion de la folie; les documents ne lui manquaient pas, le Brésil semblant un terrain de culture favorable à ce genre de propagation. « La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil », tel est le titre de la monographie si suggestive au point de vue de la pathologie sociale qu'il envoya aux *Annales*, et qui fut publiée dans le courant de l'année 1901. Ce travail, par les renseignements qu'il contient, les aperçus ingénieux qui s'y trouvent développés, sera consulté avec fruit par ceux qui s'intéressent à ce problème si complexe de la folie collective.

La question des rapports des aliénés avec le droit civil brésilien préoccupait vivement notre regretté confrère. Il avait étudié avec soin les améliorations qui pouvaient et devaient être apportées à ce point de vue dans la législation de son pays; les résultats de ces études consciencieuses sont consignés dans un petit volume qui obtint un succès mérité.

Le professeur Nina-Rodrigues était membre associé étranger de la Société médico-psychologique depuis le 6 juin 1898. Il appréciait vivement ce titre et s'en montrait très honoré. Dans les nombreuses lettres qu'il m'a écrites, il m'a maintes fois exprimé sa satisfaction de faire partie de cette savante Compagnie dont il suivait les travaux avec le plus vif intérêt.

En ce confrère distingué, le Brésil perd un savant de grand mérite. Sa fin prématurée prive la Faculté de médecine de Bahia d'un professeur dont le savoir étendu et les hautes qualités professionnelles étaient, à juste titre, des plus estimés.

A. R.

ALEXANDRE HERZEN. — On annonce la mort à Lausanne (Suisse), d'Alexandre Herzen, professeur de physiologie à l'Université de cette ville, enlevé le 24 août dernier à l'âge de soixante-sept ans, par une attaque d'apoplexie.

Ce savant distingué mérite une mention spéciale dans les *Annales* par ses remarquables travaux de physiologie des centres nerveux, dont un grand nombre sont classiques. Citons

entre autres : *Expériences sur les centres modérateurs de l'action réflexe* (1864); *Il libero arbitrio umano* (1870), devenu en français la *Physiologie de la volonté* (Alcan, 1878); le *Cerveau et l'activité cérébrale* (Baillièrre, 1887); etc. Ces ouvrages, d'une lecture si attachante, sont aujourd'hui dans toutes les mains, ainsi que son excellente traduction de la *Physiologie de l'esprit*, de Maudsley (1879).

Herzen qui était un professeur brillant, était aussi un vulgarisateur de talent qui savait habilement appliquer les résultats de la science à la solution des questions d'hygiène sociale. On cite à ce point de vue sa petite brochure : *Hygiène et moralité*, qui a eu de nombreuses éditions, et qui a été traduite dans toutes les langues.

DÉCRET RELATIF AU RECRUTEMENT DES MÉDECINS ADJOINTS
DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863, 19 octobre 1894 et 14 août 1905;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906;

Vu les avis du comité des inspecteurs généraux en date des 28 novembre 1905 et 2 juillet 1906,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Décète :

ART. 1^{er}. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés par concours annuel, ayant lieu à Paris dans le premier trimestre de chaque année.

ART. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1^{er} janvier qui précède le concours.

Ils devront justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres,

d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

ART. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris ;

3° Deux professeurs titulaires de Facultés de médecine de l'Etat, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les mêmes Facultés ;

4° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la Maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans ;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur sur la proposition du comité des inspecteurs généraux ; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans les Facultés différentes.

Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent article.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'Intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

ART. 4. — Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés ; pour laquelle il sera accordé deux heures.

Le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires.

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

Le maximum des points sera de 20.

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion et vingt minutes d'exposition.

Le maximum des points sera de 20.

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 5. — Le nombre des places mises au concours est annuellement fixé par l'arrêté indiquant la date du concours.

Le jury est constitué avant l'ouverture des inscriptions de candidatures.

Si le ministre de l'Intérieur estime qu'étant données les vacances déclarées et les vacances à prévoir, il n'aura pas à pourvoir à plus de deux postes au cours de l'année, il peut, par dérogation à l'article 1^{er} du présent décret, décider, par arrêté publié au *Journal officiel* avant le 1^{er} janvier, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année considérée.

ART. 6. — Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

Le médecin adjoint reçu au concours doit occuper, sans retard, le poste qui lui est désigné par le ministre de l'Intérieur;

s'il refuse l'emploi qui lui est offert il est mis en disponibilité et il est fait appel aux médecins adjoints reçus après lui; lorsque la liste du concours de l'année est complètement épuisée, il est invité de nouveau, à prendre possession du poste qui se trouve vacant; s'il refuse, il ne pourra être remplacé qu'après les médecins adjoints reçus au concours de l'année suivante.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services.

En conformité des décrets des 19 octobre 1894 et 14 avril 1905, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont établis ainsi qu'il suit :

1° DIRECTEURS MÉDECINS

Cadres.	Traitements.
Classe exceptionnelle	Fr. 8.000
1 ^{re} classe	7.000
2 ^e classe	6.000
3 ^e classe	5.000

2° MÉDECINS EN CHEF

Classe exceptionnelle	8.000
1 ^{re} classe	7.000
2 ^e classe	6.000
3 ^e classe	5.000

3° MÉDECINS ADJOINTS

Classe exceptionnelle	4.000
1 ^{re} classe	3.500
2 ^e classe	3.000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure;

Aux médecins adjoints, après deux ans au minimum dans la classe précédente.

ART 7. — Les arrêtés ministériels du 18 juillet et 24 octo-

bre 1888, des 12 juin 1899, 7 mars 1900, 6 mai 1902, 6 avril 1904 et 23 janvier 1906, sont abrogés en ce qu'ils ont de contraire au présent décret.

ART. 8. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 1^{er} août 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Intérieur,

G. CLÉMENTEAU.

CONDAMNÉS ATTEINTS D'ALIÉNATION MENTALE ET D'ÉPI-
LEPSIE PLACÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 10 juillet 1906.

Le Ministre de l'Intérieur à Messieurs les Préfets.

La fermeture prochaine du quartier de Gaillon, réservé aux condamnés atteints d'aliénation mentale et d'épilepsie, me fait un devoir d'appeler votre attention sur les mesures que vous devrez prendre, à l'avenir, lorsque vous serez appelé à prononcer l'admission dans les établissements d'aliénés de malades relevant du service pénitentiaire.

Dès que vous serez saisi d'une demande de cette nature, vous devrez faire visiter l'aliéné détenu par un spécialiste désigné par vos soins, et c'est sur le rapport formel qui vous sera présenté par ce praticien que votre arrêté de placement pourra être pris.

Le médecin spécialiste à qui vous aurez confié cette mission délicate devra s'entourer de toutes les garanties, en vue d'éviter le placement de condamnés qui simulent la folie pour échapper au régime rigoureux de la prison, et surtout dans l'espoir de recouvrer leur liberté, l'évasion étant plus facile d'un asile que d'une prison.

Aussi votre mandataire devra-t-il exiger, s'il le juge utile, le maintien en observation dans l'établissement pénitentiaire de tout aliéné pour lequel quelques doutes subsisteraient, et vous devrez vous refuser également à prendre un arrêté de placement qui ne vous semblerait pas absolument justifié.

D'autre part, dès que votre décision sera intervenue, en vue du placement du condamné aliéné, il est indispensable que vous fassiez connaître la situation exacte du malade au Directeur de l'établissement, et que vous l'invitiez à le mettre en observa-

tion pendant un certain temps, en lui recommandant de prendre des mesures spéciales pour éviter une évasion, et empêcher le nouvel interné de nuire aux autres malades.

Le Directeur de l'établissement d'aliénés ne devra pas oublier qu'au point de vue médical et humanitaire, il ne se trouve pas en présence d'un condamné, mais d'un malade, et qu'il doit l'entourer de soins ; mais, d'un autre côté, il faut qu'il sache également que ce malheureux, dès qu'il le croira guéri, ne peut être maintenu à l'asile et doit être réintégré immédiatement à l'établissement pénitentiaire, pour y subir le reste de sa peine.

Il est important que vous soyez renseigné très fréquemment sur cette catégorie spéciale de malades et il est indispensable, en outre, que M. le Procureur de la République, lors de sa visite réglementaire, soit toujours tenu au courant de tous les condamnés qui y sont hospitalisés, afin qu'il puisse leur faire subir, s'il le juge utile, un interrogatoire spécial.

Vous voudrez bien veiller à l'exécution des présentes instructions et m'en accuser réception.

Pour le Ministre de l'Intérieur :

Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publique,

MIRMAN.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

57. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Limoges au *Matin* (numéro du mercredi 13 juin 1906) :

A Pompadour (Corrèze), un menuisier nommé Faucon, âgé de cinquante-huit ans, excessivement jaloux et passionné, pris d'un accès de folie, dans l'après-midi de dimanche, saisit une lame de rabot et en porta un coup violent à sa femme, coupant la trachée-artère. Le meurtrier alla ensuite se barricader dans une chambre en entassant divers meubles, puis il tenta de se donner la mort en avalant le contenu d'une bouteille d'alcool à brûler.

Les voisins, attirés par le bruit, trouvèrent M^{me} Faucon baignant dans son sang, le visage tuméfié et méconnaissable ; ils la transportèrent dans une maison voisine, où elle reçut les premiers soins, et de là chez son père. Quoique grave, sa blessure ne paraît pas mortelle.

Les gendarmes, qui arrivèrent enfin, parvinrent, non sans peine, à pénétrer dans la chambre de Faucon qu'ils trouvèrent sur son lit, en proie à d'horribles souffrances ; il refusa tout contre-poison.

Les magistrats se rendirent lundi sur les lieux du crime et interrogèrent le menuisier, qui fit des réponses incohérentes, mais qui, cependant, ne manifesta aucun regret de son acte. Il

a été conduit à la maison d'arrêt de Brive, où il sera l'objet d'un examen médical approfondi.

58. *Excentricités*. — On lit dans *le Journal* (numéro du vendredi 15 juin 1906) :

En gare du Nord, hier soir, sous le grand hall, un voyageur venant de Compiègne faisait un vacarme épouvantable, brandissant une grosse canne et se livrant aux pires excentricités.

Les gardiens de la paix le conduisirent au commissariat spécial de la gare, où l'on constata que le malheureux avait effectué son voyage sans billet.

C'est un nommé Louis Arare, âgé de quarante-trois ans, ancien gardien de la paix, ayant été plusieurs fois interné.

— Laissez-moi, criait-il, je me rends au ministère de l'Intérieur, où on va m'accorder la place de préfet de police.

Le pauvre aliéné a été dirigé sur l'infirmerie spéciale.

59. *Homicide et suicide*. — On lit dans *le Matin* (numéro du dimanche 24 juin 1906) :

Hier matin, vers neuf heures, les promeneurs qui se trouvaient aux Buttes-Chaumont voyaient un homme, jeune encore, se précipiter du haut de la passerelle conduisant au rocher de la Sibylle. La mort fut instantanée.

Les gardiens du parc prévinrent aussitôt le commissaire de police, M. Cuvillier, qui fouilla le cadavre, trouva dans les poches divers papiers d'où il résultait que le désespéré était un nommé Albert Derué, âgé de vingt-six ans, employé dans un établissement financier, et domicilié, 11, rue Louis-Blanc. Une lettre, à l'adresse du commissaire, contenait en outre ces quelques phrases :

« Je demande pardon à toute ma famille de l'acte que je vais commettre. Mais la vie ne m'est plus possible ; je ne peux plus demeurer sur terre. Qu'on emploie cette somme à solder les frais de mes funérailles. Ci-inclus un billet de banque de 100 francs. »

M. Cuvillier se transporta rue Louis-Blanc. La concierge lui apprit que son locataire, marié depuis six mois à une demoiselle Céline Cauvel, âgée de vingt-trois ans, occupait dans la maison, au premier étage sur la cour, un petit appartement d'un loyer de 500 francs.

Le magistrat frappa vainement à plusieurs reprises à la porte. Personne ne répondit. M^{me} Derué étant employée dans une teinturerie de la rue de Grammont, on s'y rendit, le magistrat tenant à prévenir lui-même la jeune femme. M^{me} Derué n'avait pas été vue à son magasin depuis l'avant-veille.

En conséquence, le commissaire retourna rue Louis-Blanc. Un serrurier requis crocheta la porte de l'appartement. Il remarqua tout d'abord une enveloppe placée en évidence sur une

table. Elle contenait encore un billet de 100 francs avec ces simples mots : « Ceci pour l'enterrement de ma femme. »

Dans la chambre à coucher attenante au vestibule, le cadavre de M^{me} Derué était étendu sur le lit. La tête de la jeune femme était inclinée sur l'épaule droite, les mains crispées, le cou et le visage maculés.

Il n'était pas douteux que la malheureuse avait été étranglée par son mari qui, affolé à la pensée des suites de son crime, n'avait pas trouvé d'autre issue à sa situation que le suicide.

Poursuivant son enquête, M. Cuvillier apprit que le ménage Derué vivait en très mauvaise intelligence. Le mari était jaloux et violent. Son père, coïncidence curieuse, s'était suicidé aussi, il y a trois mois. Derué donnait l'impression d'un déséquilibré dangereux.

La veille du suicide de ce dernier, à dix heures du soir, M^{me} Derué était sortie sur le palier de l'appartement, appelant au secours et criant : « Je meurs ! On me tue !... »

Les voisins, qui avaient eu maintes fois l'occasion d'assister à de pareilles scènes, n'y avaient pas pris garde. C'est sans doute peu après que la malheureuse aura été victime de la fureur de son meurtrier.

60. *Homicide et suicide*. — On lit dans *le Matin* (numéro du mercredi 27 juin 1906) :

Un terrible drame s'est déroulé, hier soir, 14, avenue de Sainte-Croix, à Neuilly-sur-Seine. A cette adresse habitaient, depuis de longues années, M. Alfred Bois, cinquante-cinq ans, instituteur en retraite, et sa femme, âgée d'une quarantaine d'années, institutrice dans une école communale du VIII^e arrondissement.

Le ménage avait toujours paru très uni, lorsque, il y a quelque temps, le caractère de M. Bois changea de façon étrange. De placide qu'il avait été jusqu'alors, l'ancien instituteur devint irritable et nerveux. Neurasthénie, dirent les uns ; jalousie, pensèrent les autres. Quoi qu'il en fût, rien ne pouvait laisser prévoir, en somme, le sanglant dénouement d'hier soir.

Vers neuf heures, M^{me} Bois était assise dans sa salle à manger et s'occupait à divers travaux de couture, lorsque son mari entra. Que se passa-t-il alors ? Nul ne saurait le dire, car les deux acteurs de cette scène sont morts. Attirés par une première détonation, des voisins se précipitèrent. A bout portant, M. Bois venait de tuer sa femme d'un coup de revolver à la nuque, et, comme on enfonçait la porte, il appuyait l'arme sur sa tempe et se brûlait à son tour la cervelle.

Quelques instants auparavant, l'ancien instituteur, avec un sang-froid extraordinaire, avait mis ordre à ses affaires et écrit son testament en faveur d'un neveu qui habite Ecouen.

M. Simard, commissaire de police, a procédé aux constatations légales et délivré le permis d'inhumér.

61. *Excentricités.* — On lit dans le *Matin* (numéro du jeudi 5 juillet 1906) :

La demie de trois heures venait de sonner et l'honorable M. Pierre Jouard, garde du Palais de Justice, montait sa faction dans la galerie de la Sainte-Chapelle, quand un homme dont les vêtements étaient en grand désordre bondit hors de l'embrasure de l'une des hautes fenêtres qui prennent jour sur la cour de Mai.

Il pouvait avoir trente ans, était petit et maigre, brun de poil, la chevelure et la barbe également incultes.

Il s'avança vers M. Jouard, et lui dit :

— Je suis la vérité ! Le juge d'instruction Magnien me persécute et me poursuit avec un couteau. Il veut m'empêcher d'aller déposer, à la Cour de cassation, dans l'affaire Dreyfus !

Comprenant qu'il avait affaire à un dément, M. Jouard engagea l'inconnu à le suivre au commissariat de police de M. Euriat et à se mettre sous la protection du magistrat.

Subitement calmé, l'homme semblait disposé à accompagner le garde, quand un touriste anglais, son guide à la main, apparut dans la galerie.

— Voilà le juge Magnien ! clama le fou, je n'ai plus qu'à mourir !

En un tour de main, il se déshabilla, et, presque complètement nu, il tentait de se précipiter par la fenêtre.

Aux cris de terreur du malheureux qui, ayant brisé un carreau, s'était cruellement coupé au bras, des gardes républicains étaient accourus. On le couvrit d'un manteau, et, tout tremblant de peur, on le conduisit au commissariat du quai de l'Horloge.

On croit que le pauvre fou est un nommé Albert Gaffé, ouvrier menuisier, habitant rue de Flandre, sorti depuis peu de l'asile Sainte-Anne.

62. *Tuée par sa fille.* — On télégraphie de Bruxelles au *Journal* (numéro du vendredi 6 juillet 1906) :

Un drame horrible s'est déroulé, ce matin, aux portes de Bruxelles, à Berchem-Sainte-Agathe, où habitent les époux Vervisk et leurs deux enfants, un fils et une fille.

M^{me} Vervisk, âgée de soixante ans, était depuis longtemps alitée, souffrant d'une cruelle maladie. La nuit dernière, son mari avait dû la veiller.

Ce matin, à cinq heures, M. Vervisk s'était rendu dans un café du voisinage, avant d'aller à son travail, lorsqu'on vint l'avertir que sa femme s'était coupé la gorge. Il rentra aussitôt et interrogea sa fille Marie, âgée de quatorze ans.

Celle-ci déclara que sa mère lui avait demandé d'aller chercher un couteau dans la cuisine, puis l'avait envoyée chercher un autre objet. A son retour, elle l'avait trouvée égorgée.

Le médecin légiste fit remarquer aux magistrats que la malade était trop affaiblie pour avoir pu se faire une plaie aussi profonde.

L'enquête a duré toute la matinée. Finalement, Marie Verisk a déclaré que, lorsqu'elle eut remis le couteau à sa mère, celle-ci s'en porta un coup à la gorge. Mais s'étant fait une blessure infime, elle demanda à sa fille de l'achever. Et celle-ci, obéissant, trancha la gorge à sa mère.

La jeune fille ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Elle sera internée dans une école de réforme jusqu'à sa majorité.

63. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du vendredi 6 juillet 1906) :

Un drame de la folie s'est déroulé hier soir, vers sept heures, boulevard de Ménilmontant.

M^{me} Elise Berton, âgée de soixante ans, ménagère, regagnait son domicile, faubourg du Temple ; soudain, elle aperçut son mari, François, soixante-quatre ans, cocher-livreur, qui se dirigeait dans sa direction, un couteau ouvert à la main.

Comme il présentait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale, M^{me} Berton se réfugia derrière une vespasienne en criant : « Au secours ! Protégez-moi ! »

Avant que les passants aient eu le temps de s'interposer, le mari terrassait sa femme et lui plongeait son couteau dans le bras droit.

Désarmé aussitôt par les témoins de cette scène rapide, il fut conduit devant M. Hocquet, commissaire de police du quartier Saint-Ambroise, qui l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

M^{me} Berton, soignée à l'hôpital Saint-Louis, a pu regagner son domicile. Son état n'est pas alarmant.

64. *Homicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du jeudi 12 juillet 1906) :

Un drame de la folie a ensanglanté hier soir la ville d'Elbeuf.

Depuis quelque temps, M. Gaston R..., âgé de quarante ans, professeur de dessin au petit lycée d'Elbeuf et à la Société industrielle, était taciturne ; il avait des idées noires, et on prétend que l'étude des sciences occultes n'avait pas peu contribué à lui détraquer l'esprit.

Hier soir R... se trouvait dans le jardin de la villa des Roses où il habite avec sa mère et son beau-père, M. Parain, âgé de cinquante-huit ans, ancien négociant à Elbeuf, aujourd'hui retiré des affaires. Ce dernier étant entré dans la villa

derrière la bonne de la maison, R..., pris d'un accès subit de folie, s'imagina que son beau-père avait des relations avec la jeune fille. D'un bond, il monta dans sa chambre, prit son revolver et redescendit. M. Parain se trouvait dans le vestibule; R... s'avança vers lui et lui tira cinq coups de revolver en pleine poitrine. M. Parain s'affaissa : l'une des balles lui ayant traversé le cœur, la mort a été foudroyante.

A sa mère qui devant le cadavre lui disait : « Malheureux, regarde ce que tu as fait », R... répondit : « Ne t'en préoccupe pas, il a son compte », et il continua sa promenade dans le jardin, comme si rien ne venait de se passer.

Le juge d'instruction l'a fait conduire à Rouen, où il va être soumis à l'examen des médecins aliénistes.

65. *Suicide*. — On télégraphie de Constantine au *Matin* (numéro du lundi 16 juillet 1906) :

Un drame terrible s'est déroulé, ce soir, à neuf heures. Le nommé Charles Bozzoli, au cours d'une discussion avec sa mère, vit cette dernière tomber morte subitement, à la suite de la rupture d'un anévrisme. Dans un véritable accès de désespoir, Bozzoli tenta alors de se précipiter par la fenêtre. Des voisins l'en empêchèrent et essayèrent de le calmer. Ce fut en vain. Profitant d'un moment d'inattention des personnes qui l'entouraient, il réussit à enjamber la fenêtre; il ne se fit aucun mal dans sa chute.

S'étant relevé, il se dirigea rapidement vers le pont d'Aumale. Dès qu'il y fut arrivé, il se rua tête baissée contre le parapet, avec une telle violence qu'il se fracassa le crâne. Quand les voisins qui, après l'avoir empêché de se jeter par la fenêtre, l'avaient suivi, le rejoignirent, le malheureux râlait.

Bozzoli a été transporté mourant à l'hôpital. Il s'était trouvé, il y a quelques mois, à Thala, lors de la fameuse échauffourée, et depuis ces événements sa raison était restée ébranlée, et il donnait des signes d'aliénation mentale.

66. *Agressions violentes*. — On télégraphie d'Auch au *Journal* (numéro du jeudi 19 juillet 1906) :

Ce matin, mercredi, vers dix heures, le sieur Sylvain Sabathier, trente-huit ans, cultivateur à Simorre, avait conduit son frère, atteint d'aliénation mentale, à l'asile départemental d'Auch. Il avait repris, à trois heures, pour rentrer à son domicile, la voiture publique, dans laquelle se trouvait un voyageur. A deux kilomètres d'Auch, Sabathier se précipita sur ce dernier, le frappant violemment. Le voiturier arrêta l'attelage et voulut porter secours au voyageur menacé. Il fut frappé à son tour. Le malheureux Sabathier, qui venait d'être atteint lui-même de folie furieuse, prit alors la fuite dans la direction d'Auch.

Le conducteur, ayant pu remonter sur sa voiture, se lança à sa poursuite ; mais le pauvre fou courait à une vitesse vertigineuse. Boulevard Sadi-Carnot, deux citoyens, qui étaient aussi accourus, purent arrêter, non sans difficultés, le malheureux, qui fut porté au poste de police et, après examen médical, transféré à l'asile, où il avait, quelques heures auparavant, et en bonne santé, conduit son propre frère.

Ce dramatique incident a péniblement impressionné la population auscitaine.

67. *Tentative de suicide*. — On lit dans *le Temps* (numéro du mardi 24 juillet 1906) :

On nous télégraphie de Roubaix qu'hier soir, vers 10 h. 1/2, un jeune homme nommé Eugène Froment, ouvrier apprêteur, âgé de vingt-trois ans, demeurant dans une cour de la rue Beaurewaert, versa, dans un accès de folie, le contenu d'une bouteille de pétrole sur ses habits, y mit le feu, puis sortit dans la rue et pénétra dans l'estaminet Bourgeois, flamboyant comme une torche et hurlant de douleur. On le repoussa sur la rue ; les consommateurs ôtèrent leurs vêtements et en les entassant parvinrent à étouffer les flammes.

De la tête à la ceinture, il était littéralement cuit ; les chairs se détachaient.

Après un premier pansement fait par un docteur appelé en hâte, il fut transporté à l'hôpital dans un état désespéré. En route, il déclara que s'il guérissait il recommencerait. Ce matin il respirait encore.

Ce malheureux avait reçu, dans sa jeunesse, une barre de fer sur la tête. Il avait, de temps à autre, des accès de démence et prédisait qu'il mourrait en se brûlant.

ÉPIDÉMIES DE FOLIE

La madone de Saint-Nicolas. — Sous ce titre, *le Petit Temps* (numéro du dimanche 8 juillet 1906) publie les renseignements suivants qui lui sont envoyés par son correspondant de Rome :

Au moment où le gouvernement italien se préoccupe d'améliorer le sort des provinces méridionales encore en proie à des superstitions d'un autre âge, on peut noter, entre cent traits caractéristiques du même genre, le petit fait divers suivant, dont la scène se passe en Basilicate.

La localité de Saint-Nicolas, voisine de Bénévent, est depuis quelques jours le lieu de rendez-vous d'un grand nombre de pèlerins attirés de tous les villages des environs par un bruit qui s'est répandu avec rapidité.

Le lendemain de la Fête-Dieu, une petite fille de dix ans, Angiolina Parella, raconta à ses parents que la Vierge du Rosaire lui était apparue en songe, et lui avait révélé que son image se trouvait enterrée depuis des siècles dans une propriété dépendant du village.

Il n'en fallut pas davantage pour que quelques paysans se rendissent au lieu indiqué pour faire des fouilles. Malgré les protestations d'une vieille fermière, seule gardienne du terrain, ils abattirent un vieux chêne, et creusèrent, creusèrent pendant plusieurs jours... Puis, ne trouvant rien, découragés, ils partirent.

Mais samedi dernier, la fillette eut de nouveau la visite de la madone qui ordonna de continuer les fouilles ; si elle n'avait pas encore voulu se montrer aux paysans, disait-elle, c'est que ceux-ci creusaient la terre avec trop de brutalité et auraient pu, de leurs bêches, « briser le nimbe radieux qui couronnait son image ». Il importait d'agir avec douceur...

Les paysans reprirent leur travail et comme, à quelques mètres de profondeur, ils mirent au jour les restes de fondations d'une antique bâtisse, un véritable délire religieux enflamma toute la contrée.

Les fouilles, qui continuent activement, sont actuellement entreprises par des centaines de paysans venus de tous les côtés. La petite Angiolina Parella, vêtue d'une légère robe rose, les mains gantées de fil blanc, préside au travail, assise sous un dais improvisé. La pauvre enfant a par moment des crises d'épilepsie, mais cela n'est pas pour ouvrir les yeux aux ouvriers.

De la madone, on n'a pas encore aperçu la moindre trace, non plus que du « nimbe radieux ». Mais il est venu des inconnus qui organisent des quêtes fructueuses parmi les pèlerins passionnés...

Le massacre des innocents. — Sous ce titre *le Temps* (numéro du jeudi 19 juillet 1906) raconte le fait suivant que lui envoie son correspondant de Rome :

Voici encore une histoire qui en dira plus long que tous les commentaires imaginables sur l'état d'esprit de certaines populations du midi de l'Italie.

Dans la petite localité de Frigiano, voisine de Bari, le bruit s'est répandu lundi matin avec la rapidité de la foudre qu'une commission venant de Rome allait arriver avec la mission d'égorger et de saigner les plus beaux enfants du pays. Le sang ainsi recueilli devait servir à soigner la reine d'Italie, atteinte d'anémie.

En un instant, une foule hurlante de femmes échevelées et

en furie envahit la place principale de Frigiano. L'école fut prise d'assaut par ces pauvres folles qui réclamaient leurs enfants. Les hommes s'étaient joints à elles, après s'être armés de pioches, de bûches, de faux, et aussi de fusils et de revolvers.

Les *carabinieri* et les autorités eurent beaucoup de peine à ramener les esprits égarés à la raison. A l'heure qu'il est, on annonce qu'ils sont calmés, et une enquête est ouverte pour établir les responsabilités de cette méchante plaisanterie.

FAITS DIVERS

Séquestration d'un aliéné dans sa famille. — On télégraphie de Nantes au *Matin* (numéro du dimanche 17 juin 1906) :

Le parquet de Saint-Nazaire a ouvert aujourd'hui une enquête sur le sujet d'une affaire assez grave de séquestration, dont sont inculpés les époux Couédel, riches cultivateurs, habitant le hameau du Grand-Defaix, à Fay-de-Bretagne.

Il y a quelque temps, la gendarmerie de Blain était prévenue qu'un jeune homme de vingt-sept ans, nommé Léon Couédel, était tenu enfermé, par ses parents, dans un toit à porcs. Une enquête fut immédiatement ouverte qui amena la découverte de faits absolument monstrueux.

La victime de cette séquestration vivait, en effet, depuis six mois, dans une étable, et on ne lui donnait qu'un peu de soupe pour toute nourriture. Il était tenu enchaîné et devait déposer ses ordures dans un des coins du réduit. L'air qu'il respirait était infect d'autant plus que sa prison ne recevait ni air ni lumière. Le malheureux quittait cette prison une heure par jour. Les parents le faisaient sortir lorsqu'il était nuit, mais le tenaient par une corde, et toujours enchaîné.

Les époux Couédel ont avoué cyniquement leur crime. Ils ont déclaré que s'ils avaient agi ainsi, c'est que leur fils ne jouissait pas de toutes ses facultés et qu'ils voulaient le surveiller.

Un aliéné asphyxié. — Hier matin, à 5 heures, le nommé Gaston Saut, originaire de Saint-Pol-le-Jeune (Ardèche), interné depuis le 16 juillet dernier à l'asile d'aliénés de Privas, a été trouvé asphyxié dans sa cellule, ses fournitures de literie entièrement brûlées. On ignore comment ce malade a pu mettre le feu.

Les autorités préfectorale et judiciaire ont immédiatement ouvert une enquête. (*Le Temps*, numéro du samedi 11 août 1906.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1907

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.*

ANNÉE 1908

PRIX ESQUIROL. — Ce prix d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX AUBANEL. — 1200 francs. — Question : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1906, pour les prix à décerner en 1907, et le 31 décembre 1907 pour les prix à décerner en 1908, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Un article de M. le professeur Grasset :
« Demi-fous et demi-responsables ».

M. le professeur Grasset vient de publier, dans la *Revue des Deux Mondes* (15 février 1906), un article intitulé : *Demi-fous et demi-responsables* (1). Étant donnée la grande notoriété de son auteur, cet article ne peut manquer de frapper l'opinion publique à laquelle, d'après le lieu où il est publié, il s'adresse incontestablement. Il est assurément digne d'attention, en égard à l'importance des questions qu'il aborde. Mais il nous paraît de nature à soulever de graves objections. La haute estime à laquelle M. Grasset a droit n'empêche pas de dire comment et en quoi on peut ne pas être de son avis.

(1) Cet article est le troisième que M. Grasset ait publié, depuis quelque temps, dans la *Revue des Deux Mondes*. Nous engageons bien à lire les deux premiers et à en tirer profit. Ils sont intitulés, l'un : *Le Psychisme inférieur* (15 mars 1905), l'autre : *La Psychothérapie* (15 septembre 1905).

Les mots qui servent de titre sont en eux-mêmes tout un programme ; ils se définissent en quelque sorte spontanément. Mais leur emploi, qui est en usage dans la langue familière, n'est point sans inconvénients, sans dangers dans le langage scientifique, et particulièrement en ce qui concerne la médecine légale des aliénés. Nous craignons bien que, s'il est pris au pied de la lettre, il ne donne lieu à des équivoques, à des erreurs susceptibles d'entretenir la fausseté des idées que bien des gens se font sur l'aliénation mentale.

M. Grasset fait à l'interprétation de la folie en général l'application de sa théorie bien connue des deux psychismes. Pour lui, l'aliénation mentale proprement dite a pour cause déterminante l'altération de la base anatomique du psychisme supérieur, à savoir l'écorce cérébrale des lobes frontaux, alors que, si cette écorce cérébrale est intacte, il y a intégrité mentale. Si l'altération porte sur l'écorce des autres régions du cerveau, là où, suivant des notions scientifiques qui acquièrent chaque jour plus de précision, se localisent les fonctions sensorielles et les fonctions réflexes, il n'y a pas de folie à proprement parler, mais seulement ce que M. Grasset appelle demi-folie. Ces idées, dans l'article en question, ne sont point développées ; elles sont cependant indiquées d'une manière assez précise.

« Au point de vue de la maladie des centres psychiques, on comprend, dit M. Grasset, qu'il y ait trois groupes de faits cliniques : 1° des faits dans lesquels les centres psychiques les plus élevés sont atteints en assez grand nombre pour que le sujet soit fou ; 2° des faits dans lesquels les divers centres psychiques sont assez intacts pour que le sujet soit raisonnable ; 3° des faits dans lesquels une partie seulement des centres psychiques et des centres les moins élevés est atteinte. Dans ce dernier cas, l'altération psychique n'est pas

assez évidente pour amener la folie ; elle est cependant suffisante pour que le fonctionnement psychique ne soit pas toujours normal ; ce sont les demi-fous. »

Cette manière de concevoir les choses semble toute simple. Répond-elle à la réalité et la conception générale de l'aliénation mentale prise de cette façon est-elle exacte ? Nous ne le croyons pas. La pathologie mentale, actuellement du moins, ne réside pas tout entière dans l'anatomie pathologique de l'écorce cérébrale ; elle n'est point non plus une simple affaire de modification des fonctions physiologiques. Les deux psychismes y participent dans des conditions pour lesquelles on ne peut pas appliquer une formule mathématique. Et puis, quelle proportion de centres supérieurs doit être lésée pour qu'il y ait folie ? Quelle quantité doit être intacte pour qu'il y ait raison suffisante et normale ? Quelles parties et dans quel ordre d'association centres supérieurs et centres inférieurs doivent-ils être troublés pour qu'il n'y ait que demi-folie ? Rien de tout cela n'est indiqué, spécifié, si tant est qu'il soit possible de l'indiquer. Il y aurait bien à dire là-dessus, bien des explications à demander, bien des réserves à faire. M. Grasset n'insiste pas ; n'insistons pas non plus, et occupons-nous des individus qu'il qualifie de demi-fous.

Il en indique trois groupes.

Premier groupe (nous citons textuellement), « tous internés dans les asiles, chez qui on observe des délires partiels et qui, pour tout le reste de l'activité psychique, ne sont que demi-fous. Tout le monde connaît ces aliénés, avec lesquels on peut causer longuement sans observer autre chose en eux que la bizarrerie et un certain degré d'originalité, jusqu'au moment où ils seront amenés à dire qu'ils sont empereurs du désert ou persécutés par les loges ».

Deuxième groupe, « fous qui guérissent transitoire-

ment et restent le plus souvent demi-fous dans l'intervalle de deux crises consécutives de folie ».

Troisième groupe, « sujets qui, sans jamais présenter de folie, restent demi-fous à l'état habituel toute leur vie ».

Il serait assurément oiseux de relever la contradiction au moins apparente de certaines parties de ces énoncés. Nous avons dit que les mots du titre étaient trop absolus ; nous pourrions dire que les termes ici ne le sont plus assez. Qu'est-ce, en effet, que des individus, comme ceux du premier groupe, qui sont à la fois fous et demi-fous ? Qu'est-ce encore que ceux qui, dans le troisième groupe, sont demi-fous sans jamais présenter de folie ?

Ce qui a plus d'importance, c'est de constater que les groupes ne correspondent pas aux notions cliniques de la psychiatrie, et qu'on y est en deçà, ou au delà, ou en dehors de la réalité.

La manière dont sont envisagés les individus du premier groupe conduit à supprimer de la pathologie mentale des espèces que, jusqu'ici, on s'était accoutumé à regarder comme états certains de folie, et que M. Grasset énumère : « impulsifs, dipsomanes, kleptomanes, inventeurs, régicides, incendiaires, processifs, jaloux, persécutés persécuteurs, prétentieux, mégalomanes, sexuels, exhibitionnistes, etc... » Mais, même en établissant des distinctions légitimes pour un certain nombre de cas, cette suppression est-elle admissible ? Il faudrait en supprimer aussi des états de folie qui sont, si nous pouvons parler ainsi, de la folie la plus folle, notamment les délires systématisés. Ceux qui en sont atteints sont parfois, en effet, « capables de converser convenablement sur des sujets divers, jusqu'au moment où ils se diront empereurs du désert ou persécutés par les loges ».

Mais, présenter ces individus sous ce jour étroit, c'est

ne s'arrêter qu'à ce qui est le moins intéressant et le moins important dans leur folie, pour omettre ce qui en est la partie essentielle. Ce qui fait qu'ils ne sont pas seulement demi-fous, mais bien fous jusque dans la moelle, c'est qu'ils ont, en effet, des troubles d'autre sorte bien plus graves pour eux que leurs idées délirantes, et plus importants pour le médecin, tels les troubles sensoriels, les hallucinations, les altérations cénesthésiques, les perversions de la sensibilité générale ou spéciale, les accès d'excitation, les périodes de dépression, toutes choses qui les tiennent constamment sous leur dépendance et les dominent d'une manière incessante. Qu'important, chez eux, les périodes de répit plus ou moins long que leur laisse leur maladie ! Les qualifier de demi-fous parce qu'ils ont des moments non raisonnables, c'est renverser, en quelque sorte, les termes d'une proposition et mettre au premier rang ce qui doit rester au second. Nous croyons pouvoir rappeler ici une sorte d'axiome que nous avons formulé dans un ouvrage (1) où nous avons étudié les divers modes de persistance de la raison chez les aliénés ; nous avons dit : « Il faut juger de la folie d'un individu non par ce qui lui reste de raison, mais par ce qui lui en manque. » Et c'est qu'en effet, il n'y a presque pas d'aliénés, de vrais aliénés, à l'exception de ceux qui sont entièrement imbéciles ou déments, chez qui on ne puisse relever des marques nombreuses de raison ; et encore certains déments ont-ils, par le fait de l'éducation première, une conduite et des façons de parler qu'on pourrait bien qualifier de raisonnables.

On ne peut donc réellement pas dire, médicalement

(1) V. Parant. *La raison dans la folie ; étude sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés, et sur leurs actes raisonnables.* — Paris, O. Doin, 1888.

parlant, que les malades à délire partiel, dans les conditions que nous venons d'indiquer, ne soient que des demi-fous. Malgré certaines apparences, ils sont toujours et entièrement fous. Qu'importe si leur psychisme supérieur a encore de bonnes allures, qu'importe s'ils sont capables de converser convenablement pendant un temps plus ou moins long, de parler pertinemment de choses sérieuses, de montrer de l'ingéniosité sur certaines matières, d'écrire de belles pages, de formuler de bonnes idées ! Cela ne fait pas qu'ils ne soient, à aucun moment, que des demi-fous. Un fou, comme l'a dit d'Aguesseau, peut faire des actes de sagesse. Mais il n'en est pas moins fou, fou, tout ce qu'il y a de plus fou. C'est donc méconnaître la vraie nature des choses que d'attribuer la qualification de demi-fous, quelle qu'en soit la valeur, aux individus de cette catégorie, pas plus à ceux qui, étant dans les mêmes conditions, ne sont pas enfermés dans les asiles qu'à ceux qui y sont enfermés.

Il en est de même avec les cas du deuxième groupe. Pourquoi qualifier de demi-fous les individus qui, ayant eu un ou deux accès de folie, en sont bien guéris, et présentent le reste du temps une mentalité satisfaisante, suffisamment bien équilibrée ? Au moment de leurs accès ils ont été fous ; le reste du temps ils ne le sont plus. Nous savons bien que, parfois, même après leur guérison, quelques-uns d'entre eux peuvent avoir moins de perfection, moins de stabilité dans leurs aptitudes mentales, et que le cas échéant il y aurait lieu d'en tenir compte. Mais d'autres ne gardent, après la crise, aucune marque de leur ébranlement.

D'autres individus, qui semblent aussi englobés dans le deuxième groupe, guérissent parfois transitoirement, ou pour mieux dire ont l'air de guérir. Ce sont par exemple les malades des formes alternées ou intermit-

tentes ou circulaires. Mais alors que les précédents ne sont plus du tout fous après que leur accès est passé, ceux-ci au contraire doivent être considérés comme toujours fous, parce qu'ils sont toujours en état de crise et que leurs diverses manières d'être, quelles qu'en soient les bonnes apparences, sont toutes des manifestations de leur maladie mentale. Ce n'est donc encore ni pour les uns ni pour les autres qu'on peut accepter la qualification de demi-fous.

Quant aux individus du troisième groupe, qui sont, à divers titres, des excentriques, des originaux, des bizarres, des névropathes de diverses catégories, des débiles, des déséquilibrés, on peut assurément discuter beaucoup à leur égard, et, suivant les cas, les déclarer fous ou non fous. Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'état d'un certain nombre d'entre eux a donné matière à des difficultés d'interprétation. On les a considérés, suivant une expression excellente, comme étant en effet sur les frontières de la folie. La tâche du médecin, souvent délicate, mais que dans la plupart des cas il n'est point impossible de remplir, consiste à chercher de quel côté de la frontière on peut les mettre. Mais quelle que soit la solution qu'on adopte, la qualification de demi-fous, outre son inexactitude, expose, surtout au point de vue de la médecine légale, à de nombreux inconvénients.

M. Grasset énumère un certain nombre d'hommes marquants, célèbres, peut-être même illustres, qui, à côté de témoignages évidents d'excentricité ou de folie, ont donné des marques de haute intelligence, et il en fait des demi-fous. Il cite Auguste Comte, il cite plusieurs romanciers russes, notamment Tolstoï; il cite encore, nous les prenons dans un ordre quelconque, Guy de Maupassant, Villemain, Schumann, Jean-Jacques Rousseau, Le Tasse, Frédéric Nietzsche, Schopenhauer et d'autres encore dont il aurait pu bien allonger

la liste. Pour parler convenablement de chacun de ces hommes, il faudrait les connaître et les examiner complètement dans toute leur vie aussi bien que dans leurs œuvres, car on ne peut pas les juger d'une manière d'après leurs œuvres et de l'autre d'après leur vie. Mais d'abord il faut répéter que la manifestation d'une intelligence même brillante sur certains points n'est pas incompatible avec une folie véritable, continue, entière, absolue. Puis il faudrait examiner si la prétendue supériorité intellectuelle de certains de ces hommes n'est point énormément surfaite. Cette supériorité est-elle si évidente et si certaine, par exemple, dans les œuvres de Nietzsche, et les mérites qu'on lui a attribués n'ont-ils point été affaire d'engouement et de snobisme? sa soi-disant profondeur n'est-elle point, à proprement parler, plutôt du vide et du désordre d'esprit? Guy de Maupassant n'a été aliéné qu'à la fin de sa vie, alors que la paralysie générale avait commencé à l'étreindre. Son cas est un peu le même que celui d'Alfred de Musset, quoique celui-ci n'ait pas été paralytique. Pour ce qui est d'Auguste Comte, dont il est incontestable que certaines idées ont exercé une grande influence sur sa génération, nous nous souvenons avoir entendu parler de lui par Foville père, qui l'avait bien connu, qui l'avait soigné, et qui le tenait pour aussi aliéné qu'on puisse dire. Quelle que puisse être l'opinion des biographes d'Auguste Comte et de ses admirateurs sur ses écrits, nous attachons, quant à nous, une importance décisive à l'opinion de Foville sur sa qualité incontestable d'aliéné.

Et enfin, alors même que ces individus auraient été de véritables aliénés, atteints bien réellement d'une maladie mentale certaine, définie, continue, en quoi cela les a-t-il empêchés de produire ce dont leur intelligence était capable, et si cette production est utile,

intéressante, valable pour la société, quoi donc peut empêcher la société d'en profiter? Les deux choses ne sont point incompatibles. En étudiant les modifications sociales dans la suite des temps, on en trouverait plus d'une qui ne s'est réalisée que parce qu'un aliéné avait entraîné un mouvement à la tête duquel un homme raisonnable n'aurait eu ni la hardiesse ni l'imprudence de se mettre. Le mouvement pouvait être bon, et la société en a profité; mais cela ne faisait point qu'il n'eût eu pour instigateur un aliéné.

Comme corollaire de la demi-folie, M. Grasset parle de demi-responsabilité. Il ne peut admettre, dit-il, que l'on divise l'humanité en deux groupes, celui des raisonnables et celui de ceux qui ne le sont pas, celui de ceux qu'on enferme et celui de ceux qu'on n'enferme pas, et comme conséquence celui des responsables et celui des irresponsables. C'est ce qu'il appelle la théorie des deux blocs. Il la condamne en créant un groupe intermédiaire. Ce faisant, nous estimons qu'il augmente la difficulté au lieu de la réduire; au lieu d'une seule démarcation il en introduit deux et l'embarras ne sera pas moindre pour dire où finit la responsabilité et où commence la demi-responsabilité, pour dire où celle-ci s'arrête et cède la place à la responsabilité entière. Son critérium de détermination est encore ici la plus ou moins grande conservation des facultés mentales, du psychisme supérieur; détermination tout à fait arbitraire qui n'aura d'autre règle que l'appréciation fantaisiste des uns ou des autres. M. Grasset demande instamment que le soin d'apprécier l'état de maladie mentale et de responsabilité soit laissé aux médecins experts: nous sommes bien de son avis. Cependant si c'est la qualité du psychisme et son degré qui doit servir à établir cet état, il n'est pas pour cela besoin

d'un médecin ; n'importe qui a autant de compétence que lui. Mais cela étant, et la fantaisie se donnant carrière, nous risquons de retomber dans cette anarchie désastreuse qui faillit jadis, dans des conditions de ce genre, être la déconsidération et la ruine de la médecine légale des aliénés.

En entendant parler de demi-responsabilité nous nous sommes immédiatement rappelé les mémorables discussions qui eurent lieu en 1863 et 1866, au sein de la Société médico-psychologique, sur la responsabilité dite alors partielle et sur la folie raisonnante. Rien ne nous paraît meilleur, pour se pénétrer du sujet, que de se reporter à ces discussions qui ont été publiées en entier dans les *Annales médico-psychologiques*. Parmi les aliénistes qui y prirent part, il en est un dont l'intervention fut particulièrement brillante et décisive ; ce fut J. Falret, dont le nom n'est pas encore sorti de la mémoire de tout le monde, et qui a contribué, mieux que personne, à apporter de vives lumières dans les questions les plus importantes relatives à l'aliénation mentale. La doctrine très sage qu'il formula sur la responsabilité médico-légale des aliénés, après avoir rallié l'opinion tant de la magistrature que des médecins aliénistes, a servi depuis lors de règle excellente dans les expertises de médecine légale. Il nous semble que pour apprécier ce que vaut la demi-responsabilité dont on nous parle, nous ne pouvons faire mieux que de redire ce que J. Falret disait contre la responsabilité partielle ; car il est facile, malgré quelques divergences plus apparentes que réelles, de voir la similitude qu'il y a entre l'une et l'autre et de reconnaître que tout ce qui a été dit de celle-ci s'applique entièrement à celle-là.

Dans le discours qu'il prononça « sur la responsabilité morale et sur la responsabilité légale des aliénés » après

avoir tout d'abord constaté que le point de départ de la discussion était de savoir si, comme le soutenaient quelques-uns, on pouvait scinder la liberté humaine et déclarer un même individu en partie responsable sans l'être tout à fait, il ajoute : « Je viens, pour ma part, combattre cette doctrine avec énergie. Elle me paraît féconde en conséquences funestes. Si elle était généralement adoptée par les magistrats, elle n'aboutirait à rien de moins qu'à faire condamner un grand nombre d'aliénés, sous prétexte qu'ils ont conservé une part de responsabilité, malgré leur délire limité à quelques objets. »

Il ne conteste pas, et il s'étend assez longuement sur ce fait, qu'au point de vue moral ou philosophique on ne puisse établir des degrés nombreux de responsabilité chez l'aliéné aussi bien que chez l'homme sain. « Depuis les malades à délire très limité, jusqu'aux mélancoliques de plus en plus troublés, jusqu'aux maniaques, jusqu'à ceux qui sont affectés de maladies organiques du cerveau ayant presque anéanti toutes les facultés intellectuelles et affectives, on observe comme une chaîne non interrompue d'états intermédiaires ; dans ces états les malades eux-mêmes, comme les médecins, constatent la persistance de moins en moins évidente d'un certain degré de libre arbitre, qui permet à ces aliénés de se déterminer volontairement, de s'abstenir de certains actes, et d'en accomplir d'autres, d'après des mobiles analogues à ceux qui dirigent l'homme à l'état normal et étrangers à ceux qui leur sont inspirés par leur état maladif. »

Mais après avoir reconnu ce fait, il arrive au point le plus important ; il demande que l'on sorte du domaine de l'observation philosophique pour se placer sur le terrain de la pratique, qui est l'application médico-légale : « Sur ce terrain, dit-il, les distinctions entre les

divers degrés de responsabilité et d'irresponsabilité ne sont plus admissibles ; il existe une différence essentielle entre la responsabilité morale de l'homme et sa responsabilité légale ; dans le domaine de la loi on ne peut admettre les distinctions flottantes basées sur des degrés souvent inappréciables ; on a absolument besoin d'un critérium fixe, inébranlable, précis, facile à saisir, et on ne peut se contenter de l'appréciation individuelle, sans point d'appui fixe, qui suffit au philosophe. »

Ce critérium existe, dit-il ; c'est celui de la maladie en elle-même. En dehors de lui on se lance dans l'incertain, on ouvre la porte à toutes les discussions, à toutes les contestations possibles. « Comment, en effet, limiter exactement la sphère dans laquelle s'exerce le délire ? Comment fragmenter l'âme humaine et faire deux parts distinctes dans ce qu'il y a de plus indivisible chez l'homme, sa personnalité, son libre arbitre, sa responsabilité ? Qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade à l'action et le degré de résistance qu'il a pu y opposer ? La mensuration des forces psychiques et de leurs résultats est tout simplement impossible ; ceux qui tentent de la réaliser, médecins ou magistrats, livrent sa solution au hasard et à l'arbitraire des appréciations individuelles, variables selon les moments et les circonstances. »

Il demande donc instamment que le médecin n'ait d'autre souci que de rechercher les manifestations de la maladie mentale ; l'homme malade, dans ses antécédents, dans son état actuel, dans l'évolution de sa maladie, qui doit être déterminée, non d'après un seul signe, mais d'après un ensemble de symptômes, tout cela doit être l'objet primordial de ses investigations. Peu importe l'étude isolée des actes et de leurs mobiles, peu importe le degré du psychisme. « La médecine légale des aliénés, continue J. Falret, placée ainsi dans

ses voies naturelles, c'est-à-dire dans l'observation des individus malades, envisagés dans l'ensemble et dans la totalité de leurs phénomènes morbides, conservera de la sorte le critérium si précieux de l'irresponsabilité absolue de tous les aliénés. »

Cette doctrine, aboutissant à proclamer l'irresponsabilité absolue de tout individu en état de maladie mentale quelconque, a été féconde en heureux résultats ; c'est son application qui a donné aux médecins aliénistes, pendant une longue suite d'années, une autorité respectée dans les affaires de médecine légale, alors qu'auparavant ils étaient souvent plutôt l'objet de railleries que de déférence, et c'est pourquoi nous considérons qu'il est d'une grande importance de ne pas l'abandonner.

C'est bien à cet abandon que M. Grasset nous convie, et il le fait d'une double manière, en invitant à considérer comme demi-responsables des individus qui, étant bien réellement aliénés, doivent être plutôt tenus pour tout à fait irresponsables ; en nous proposant de considérer comme étant dans le même cas d'autres individus qui, n'étant point à proprement parler des aliénés, n'ont pas droit, en principe, à l'irresponsabilité. Encore faudrait-il savoir si, telle qu'il l'entend, cette demi-responsabilité n'est pas identique à la responsabilité. M. Grasset nous dit, en effet, que ceux qu'il a réunis sous la qualification de demi-fous doivent rendre compte de leurs actes à la société et qu'ils soient frappés en conséquence. « Il ne faut pas croire, dit-il, qu'à ces sortes de malades tout soit permis, que de leur part tout soit excusé d'avance et tout doive rester impuni. Ils sont assez responsables pour qu'on les juge, et il ne faut pas dépouiller à leur égard la société de tout droit de défense. »

Pourquoi veut-il que ceux qui, étant, au point de vue

pathologique, bien et dûment des aliénés, quoiqu'il ne les qualifie que de demi-fous, gardent leur responsabilité? c'est parce qu'ils ont conservé une partie de leur raison, parce qu'ils n'ont point perdu entièrement tout leur psychisme. A ce compte-là, il ne faudrait considérer comme irresponsables que les individus atteints de délire généralisé ou de démence. Erreur déplorable, dirons-nous, et contre laquelle les paroles de J. Falret nous paraissent s'élever avec force.

Quant à ceux qui, n'étant pas aliénés, n'appartenant nullement aux cadres de l'aliénation mentale, présentent des troubles nerveux, des accidents névropathiques, tels que l'hystérie, l'excentricité, que ceux-là soient responsables, cela va de soi. Tout le monde reconnaît, d'ailleurs, que parfois ils peuvent ne pas être traités aussi sévèrement que s'ils étaient dans un état d'équilibre parfait. M. Grasset prononce une fois, dans son article, le mot de responsabilité atténuée; ce mot est bien meilleur que celui de demi-responsabilité, parce que, de toutes manières, il répond bien mieux à la réalité des choses, et c'est à lui qu'il vaudrait mieux s'en tenir.

Il semble qu'en parlant de l'irresponsabilité de ceux de cette dernière catégorie qu'il appelle demi-fous, M. Grasset ait été un peu impressionné par le souvenir d'affaires judiciaires récentes qui ont plus ou moins ému l'opinion publique, affaires dans lesquelles les médecins qui intervenaient n'étaient point d'accord entre eux, et où les magistrats, naturellement disposés à cause de cela à ne pas tenir compte de l'opinion des médecins, se montraient enclins à ne considérer les inculpés que comme des criminels quelconques. Peut-être que, dans ces cas, si les médecins, au lieu de s'attarder à des considérations physiologiques ou psychologiques, avaient tous suivi l'exemple de quelques-uns d'entre eux, et s'étaient mis résolument sur le terrain indiqué par

J. Falret, s'ils avaient eu souci de rechercher avant tout la maladie mentale, s'ils n'avaient point voulu considérer comme folie de la perversité chez des hystériques qui n'avaient pas droit à l'irresponsabilité, ils se seraient mis plus aisément d'accord entre eux, et, devant leur accord, le ministère public aurait été moins à l'aise pour faire fi de leur opinion et pour prendre parti contre eux. Nous ne contestons pas que, même sur ce terrain, la solution de quelques affaires ne soit délicate et difficile. Mais, en vérité, ces affaires ne sont-elles point l'exception ? et, jamais, ces cas exceptionnels peuvent-ils être pris comme règle de conduite, comme guide vers la vérité ?

Nous avons appelé l'attention sur les deux points primordiaux de l'article de M. Grasset, à savoir ce qu'il entend par demi-fous et la manière dont il comprend la demi-responsabilité. Nous nous y sommes étendu un peu longuement parce que le sujet est grave. D'autres points mériteraient d'être également discutés. Nous signalerons les principaux sans y insister. Chacun d'eux pourrait cependant fournir matière à de longues considérations.

M. Grasset paraît craindre de voir s'établir des liens trop étroits de cause à effet entre trois termes : folie, irresponsabilité, internement dans un asile d'aliénés. Et, de fait, il n'est pas rare d'entendre des magistrats, qui, voulant embarrasser un expert sur une question de responsabilité atténuée, lui demandent : « Feriez-vous interner le sujet dans un asile d'aliénés ? » et si le médecin répond : « Non », se tournent triomphants vers le jury et lui affirment que puisqu'il en est ainsi le sujet est pleinement responsable. Nous ne devons pas, nous médecins, nous laisser impressionner par des

bontades de ce genre. Nous devons plutôt chercher à établir la vérité et montrer que, suivant le cas, un aliéné, quoique bien véritablement aliéné, n'a pas nécessairement besoin d'être séquestré dans un asile, s'il est inoffensif ou s'il n'a pas besoin de soins qu'il ne trouverait que là, et que, d'autre part, un individu qui, n'étant pas véritablement aliéné, ne peut pas légalement être placé dans un asile d'aliénés, peut cependant être en condition de voir atténuer sa responsabilité.

M. Grasset a le souci de ne point faire perdre leur valeur sociale à ceux de ses demi-fous qui peuvent en avoir une. Il est certain qu'on pourrait regretter de voir les belles-lettres, les beaux arts, les divers champs où s'exercent l'ingéniosité humaine, privés de la contribution qu'y ont apportée des hommes qui présentaient des tares morbides. Ceux qui se sont trouvés dans ce cas n'ont point été empêchés de produire ce dont ils étaient capables. Mais y en a-t-il eu jamais beaucoup, et quelques-uns n'ont-ils point été plus nuisibles qu'utiles à l'humanité? Or, M. Grasset, en même temps, s'inquiète de trouver des moyens, sinon légaux, du moins moraux, de barrer à ses demi-fous l'accès du mariage, parce que leur mariage peut être un danger social. Nous avons peine à comprendre que des individus à qui on refuse en quelque sorte le droit à perpétuer l'espèce humaine puissent être considérés comme ayant, à un point de vue quelconque, une valeur sociale.

M. Grasset voudrait que l'on créât « des asiles de sûreté spéciaux pour les demi-fous nuisibles ou dangereux qui ont commis ou peuvent encore commettre des actes délictueux ou criminels ». Cette création est réclamée, dit-il, de divers côtés. Elle pourrait incontestablement avoir du bon pour certaines catégories

d'individus, notamment ceux qui, étant responsables, mais étant détraqués, sont susceptibles de ne pas être traités comme de vulgaires criminels. Mais les vrais fous, qualifiés ici demi-fous par M. Grasset, y seraient-ils bien à leur place? Les confondrait-on avec les détraqués mêlés ensemble? Les uns et les autres y seraient-ils placés comme également punissables et soumis à la vindicte des lois? La solution de ces problèmes n'est point exempte d'embarras et de contradictions.

Que de choses sont difficiles à bien résoudre! Toutes celles dont M. Grasset parle en sont un témoignage, et elles demandent à être, à leur heure, étudiées avec soin. Nous souhaitons, toutefois, que la manière dont il propose de comprendre et de résoudre les questions de folie et de responsabilité n'ait point les inconvénients et les dangers dont nous la croyons susceptible.

V. PARANT.

Pathologie.

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES FORMES MIXTES (VÉSANIES)

Par le Dr Wladimir SERBSKY

Professeur à l'Université de Moscou.

Les formes typiques de mélancolie, de manie, de paranoïa aiguë et d'amentia (confusion mentale aiguë) présentent des phénomènes si caractéristiques que le diagnostic différentiel ne rencontre pas de difficultés. Pourtant, grâce à l'existence des formes transitoires, il apparaît très difficile, dans certains cas, de résoudre la question de savoir à quelle affection on a affaire. Les troubles psychiques de ce genre présentent la combinaison de diverses formes morbides et, d'après la classification proposée par la Société des neurologistes et des aliénistes de Moscou, doivent être rapportés aux *formes mixtes* ou *vésanies*. Ces formes ne sont pas encore suffisamment étudiées et ne s'épuisent pas par la subdivision citée plus bas.

I

VÉSANIE MÉLANCOLIQUE (*vesania melancholica*). — La vésanie mélancolique se caractérise principalement par la combinaison des phénomènes de la mélancolie et de

la paranoïa, auxquelles s'associe parfois un élément de confusion mentale.¹

Symptômes. — Le début de cette affection et son évolution sont aigus. Après une période prodromale de courte durée (insomnie, état d'agitation, mauvais appétit), survient brusquement un état émotif d'angoisse, parfois de peur et de confusion ; ici déjà, dès le commencement, se manifestent, de pair avec les idées d'auto-accusation, des idées de persécution, tout cela se confluant dans un seul accord général d'une idée du péril imminent et inévitable, que le malade, bien souvent, tâche de prévenir, dans son désespoir, par le suicide.

Les idées d'auto-accusation et de persécution dans certains cas apparaissent, à ce qu'il paraît, tout à fait indépendamment les unes des autres ; mais il y a des cas où elles se trouvent en connexion les unes avec les autres, surtout dans la forme hypocondriaque, se développant à la suite d'excès sexuels : le malade se croit impotent, dépravé, perdu à la suite de la masturbation, ce pourquoi les gendarmes vont bientôt l'arrêter et l'enterrer vivant ou le noyer dans des lieux d'aisances ; mais sa faute n'est pourtant pas si grande pour mériter de périr d'une mort si terrible.

Malgré la persuasion du malade dans l'immutabilité de ses représentations délirantes, celles-ci restent indéterminées et ne se soumettent pas à une forme définie. C'est en cela que se déclarent les défauts de l'activité mentale du malade, se manifestant déjà dès le début de l'affection et, à un certain degré, étant soutenues par l'état émotif ; la perception du malade faiblit, il combine difficilement et, quoiqu'on n'observe pas d'obnubilation profonde de la conscience, le malade souvent fait son propre compte du temps, n'admet pas qu'il se trouve à l'hôpital et donne à bien des choses une appré-

ciation illusoire. Ordinairement dans ces cas apparaissent bientôt des hallucinations, le plus souvent auditives (accusations, invectives, conversations sur l'arrêt, menaces de supplice), et aussi des hallucinations olfactives et gustatives, provoquant souvent, de pair avec les idées délirantes correspondantes, le refus d'alimentation; avec la surabondance des hallucinations se trouble à un degré plus marqué la conscience du malade. Les manifestations externes de cette affection sont diverses : certains malades se trouvent dans une anxiété continuelle, gémissent, s'agitent, comme dans la mélancolie agitée; d'autres, — au contraire, — sont dépressifs, silencieux, peu mobiles; parfois on observe même un état atonique très accusé. Dans la grande majorité des cas, chez les malades de cette sorte apparaît une tendance à l'auto-mutilation et au suicide. Pour y satisfaire, les malades ont recours à des moyens les plus variables et les plus inattendus : ils s'enfoncent une aiguille dans la région cardiaque, fourrent dans la bouche des cuillères, des brosses à dents, etc. Un des malades de la clinique psychiatrique de Moscou (médecin), pendant son séjour dans une prison provinciale (à la suite de soupçon d'un crime politique), rompit avec les dents les artères radiales sur les deux extrémités supérieures et faillit mourir d'hémorragie. L'élément paranoïde se manifeste parfois par un rapport hostile des malades envers leur entourage, par la méchanceté et par l'agression; les malades parfois ne veulent pas répondre aux questions qu'on leur adresse, sous prétexte que « sans cela on sait déjà tout ». Le mauvais sommeil, les troubles de nutrition, la tendance à la constipation et, chez les femmes, les troubles menstruels sont les phénomènes habituels dans cette affection.

Causes. — La maladie se développe, ordinairement,

chez des personnes dégénérées, affaiblies, pour la plupart, à l'âge avancé; chez les femmes souvent dans la période climactérique; les troubles physiques épuisants, à savoir de fortes hémorragies (par exemple la métrorrhagie), ou les émotions morales, servent souvent de secousse immédiate dans cette affection.

Durée et marche. — Dans les cas s'achevant d'une manière favorable la maladie dure de six à neuf mois et parfois même plus d'un an. Le sommeil et l'appétit s'améliorent de même que l'état émotif; les hallucinations disparaissent graduellement: ensuite, pâlisent aussi peu à peu les idées délirantes. Pourtant, il n'est pas rare d'observer une issue défavorable: la maladie peut se terminer par la mort (épuisement, complications, suicide, etc.); mais plus souvent elle passe à l'incurabilité, lorsque l'état émotif troublé et les hallucinations disparaissent et les idées délirantes continuent à exister et même ont une tendance à l'évolution ultérieure en acquérant, dans certains cas, le caractère du délire de négation, de grandeur, etc. En même temps se manifeste de plus en plus le rétrécissement des intérêts psychiques et peu à peu survient un état de démence profonde, parfois avec des fragments d'idées délirantes d'avant. Quelquefois on observe une guérison incomplète: tous les phénomènes aigus s'apaisent, mais reste un état assez marqué d'instabilité avec un certain affaiblissement de l'intellect; sur ce terrain, à la suite de quelques conditions tant soit peu défavorables (grande fatigue, insomnie, épuisement physique, etc.), surgissent facilement des idées d'auto-accusation, de persécution et parfois même des hallucinations auditives pour rester quelques jours et disparaître de nouveau. Cet état d'instabilité permet pourtant aux malades de mener leur vie ordinaire et même de remplir certains devoirs de service.

Diagnostic. — L'état émotif très exagéré rapproche la vésanie mélancolique de la *mélancolie*; mais la vésanie se distingue de cette dernière par l'apparition des idées délirantes depuis le début de la maladie, et non seulement des idées d'auto-accusation, mais aussi des idées de persécution, par la présence des hallucinations, par des défauts dans l'association des idées et par un trouble de conscience quoique pas très significatif. De la *paranoïa (dépressive) aiguë* la vésanie mélancolique se distingue par l'intensité de l'état émotif d'angoisse, par des idées d'auto-accusation, par le peu de liaison dans l'association des idées et par la netteté incomplète de la conscience; en outre, les idées de persécution elles-mêmes diffèrent par leur indéfinité et par l'absence complète de systématisation. De la *confusion mentale aiguë* la vésanie se distingue par son cours uniforme et par l'absence d'alternation dans les phases isolées; en particulier sa différenciation de la forme dépressive de la confusion mentale aiguë consiste, outre l'état émotif très accentué d'angoisse, dans l'absence d'obnubilation *primaire* profonde de conscience et du trouble de l'activité d'association, si caractéristique pour la confusion mentale aiguë.

Parfois la combinaison de symptômes de la mélancolie et de la paranoïa s'observe aussi dans les états *chroniques* incurables. Les auteurs français distinguent sous ce rapport la mélancolie avec idées de persécution (mélancoliques persécutés) et le délire de persécution avec idées d'auto-accusation (persécutés auto-accusateurs). Dans le premier cas nous avons affaire ordinairement à un état incurable d'issue de la mélancolie (paranoïa secondaire), lorsque l'état émotif exagéré s'apaise déjà ou disparaît tout à fait; cette circonstance, ainsi que les données d'anamnèse, qui nous apprennent que dans la période initiale de la maladie

existaient déjà depuis plusieurs mois les phénomènes d'une mélancolie pure, permet de différencier, sans difficulté, cet état consécutif de la vésanie mélancolique. Dans le second cas, chez les malades avec les traits typiques du délire de persécution, *sans aucun phénomène caractéristique pour la mélancolie*, de temps en temps peuvent se développer des idées d'auto-accusation (parfois s'alternant avec des idées de persécution), souvent en forme d'accès hallucinatoires aigus avec trouble de conscience. Le caractère et le cours de la maladie donnent la possibilité de distinguer facilement la paranoïa chronique avec idées épisodiques d'auto-accusation de l'état tout à fait autre, observé dans la vésanie mélancolique (quoique les auteurs français, à ce qu'il paraît, mêlent ces deux formes, car ils parlent de guérison des persécutés auto-accusateurs).

Pronostic. — Probablement, grâce au terrain constitutionnel sur lequel se développe la vésanie, le pronostic est moins favorable ici que dans les formes de la mélancolie pure et de la paranoïa ; la vésanie présente par elle une affection plus grave et passe plus souvent dans un état incurable. Pourtant, tant qu'il existe un état accentué d'angoisse, on ne doit pas encore perdre d'espoir sur la guérison, si même la maladie dure un an et demi ou deux ans ; il y a dans la littérature médicale des cas où la guérison est survenue après trois ans.

Traitement. — Ainsi que dans les cas graves de mélancolie, l'internement du malade dans un hôpital spécial est absolument nécessaire ; indispensable aussi sont l'application du traitement par l'alitement et une surveillance minutieuse, vu la tendance des malades de ce genre à l'auto-mutilation et au suicide. En même temps sont recommandés les bains chauds, des opiacés en doses ascendantes, parfois des hypnotiques et, dans la grande majorité des cas, des moyens réconfortants.

Vu la fréquence chez ces malades de la rétention des urines et des selles, il est nécessaire de prêter une grande attention à ces fonctions.

II

Les autres formes des vésanies sont bien moins étudiées. On peut noter dans leur nombre les suivantes :

HALLUCINOSE AIGUE (*hallucinosi acuta*) ou vésanie hallucinatoire (*vesania hallucinatoria*). — A cette forme se rapportent les cas où les idées délirantes abortives et non liées entre elles sont dues et soutenues par de nombreuses hallucinations. Le début de cette affection est aigu, après une période prodromique où tout d'emblée apparaissent un grand nombre d'hallucinations visuelles (apparitions de Dieu, des saints, d'une foule de gens, des suppliciés et des martyrisés, etc.), auditives (des gémissements, des conversations très liées au contenu dépressif ou expansif), gustatives et olfactives (des parfums, des odeurs désagréables, le goût du poisson) et aussi des troubles de la sensibilité générale (des courants électriques, des sensations sexuelles, etc.). Ces images hallucinatoires très intenses existent pendant tout le cours de la maladie, se modifiant d'une manière marquée dans leur contenu, parfois dans la durée d'un temps très court et provoquant les modifications correspondantes de l'état émotif et des idées délirantes. Les malades sont tantôt gais, aimables, parlent avec joie des dons agréables qui leur sont réservés par le sort; tantôt, au contraire, ils sont très irritables, crient et grondent leurs interlocuteurs imaginaires (ou les personnes qui les entourent). Les idées délirantes ne sont pas stables, elles se modifient sous la dépendance des hallucinations et souvent portent un caractère très fantastique : les malades se croient en correspondance avec les saints;

ils sont en parenté, à la suite de leur mariage, avec les personnes de la famille impériale, mais en même temps ils disent qu'ils se trouvent dans un repaire où sous le plancher, on torture et on tue des enfants innocents et on viole des femmes; ils prétendent qu'on introduit dans leur chambre du gaz qui les fait suffoquer, qu'on les nourrit de charogne, qu'on ajoute du poison à leurs aliments, etc. Pourtant, il n'y a point de trouble profond de la conscience dans ces cas; mais les malades souvent se rapportent d'une manière illusoire à leur entourage, ils donnent d'autres noms aux personnes qui les soignent et se comportent avec elles, selon les cas, d'une manière amicale ou hostile; souvent les malades font leur compte à eux du temps, pour plusieurs jours plus tôt ou plus tard que cela n'est en réalité, ils prennent l'hôpital pour une maison de tolérance ou pour un repaire de brigands, etc. La force de leur combinaison mentale est affaiblie, leur capacité critique est abaissée, mais on ne remarque pas de trouble très accentué dans leur activité d'association, ni d'incohérence marquée. La maladie dure plusieurs mois (de six à neuf mois et plus); ensuite, les hallucinations se calment graduellement, l'état général s'améliore et en même temps disparaissent peu à peu les idées délirantes. Mais, outre la guérison, la maladie peut adopter une marche chronique de longue durée et avoir une issue dans la démence.

Par son tableau clinique l'hallucinoïse aiguë peut être envisagée comme forme transitoire entre la *paranoïa aiguë* et la *confusion mentale aiguë*. De la première elle diffère par la non-systématisation et l'incohérence du délire, par la variation des images hallucinatoires, par l'abaissement très marqué de la capacité critique, donnant une grande invraisemblance aux associations délirantes et par un trouble de conscience assez marqué. De la confusion mentale aiguë

l'hallucinosse aiguë diffère par une marche plus uniforme, par l'absence de phases déterminées, de même que par l'absence de la confusion et du trouble des associations mentales du côté formel.

L'évolution de cette affection a aussi lieu, pour la plupart des cas, sur un terrain constitutionnel. Le pronostic est assez favorable. Le traitement consiste dans l'internement du malade à l'asile spécial, dans l'application de l'alitement, dans des bains chauds, dans des moyens fortifiants et des médicaments calmants (bromures).

VÉSANIENÉVRALGIQUE (*vesania neuralgica*; *dysphrenia neuralgica*, d'après Schüle; *paranoïa neuralgico-parasethetica*, d'après S. S. Korsakoff). — Dans certains cas de trouble psychique apparaissent, d'une manière très accusée, diverses sensations morbides (des névralgies et des paresthésies), donnant lieu à l'allégorisation et à la formation des idées délirantes correspondantes, très souvent de caractère démonomaniacé. Une telle allégorisation des sensations morbides peut exister aussi dans la mélancolie et dans la paranoïa aiguë; mais, dans la grande majorité des cas, elle présente le symptôme le plus cardinal du tableau clinique particulier dans la composition duquel entrent les traits de la mélancolie (état émotif d'angoisse, idées d'auto-accusation), de la paranoïa (idées d'empoisonnement, de persécution, de démonomanie) et de la confusion mentale aiguë (souvent un trouble de conscience assez profond). Cette affection, comme les autres vésanies, se développe aussi sur un terrain de la prédisposition, chez des personnes affaiblies par des troubles nutritifs, épuisées, souvent aussi sur le terrain des excès sexuels (masturbation). Le pronostic est assez favorable si la cause provocatrice peut être éloignée; mais il devient très mauvais si l'affection s'est développée sur un terrain de cachexie

cancéreuse, de tuberculose, etc. Le traitement consiste dans des moyens fortifiants (arsenic, ferrugineux), opiacés (morphine); quelquefois on se trouve bien du traitement antinévralgique (électrisation, brûlures par l'appareil de Paquelin, etc.).

VÉSANIE MANIAQUE (*vesania maniacalis*). — Cette vésanie présente une forme transitoire entre la manie pure et la confusion mentale maniaque. La maladie souvent s'exprime en aspect d'exaltation maniaque avec un cours accéléré de représentations, avec le trouble de l'attention et avec une grande quantité d'impulsions; pourtant, pour différer la vésanie maniaque de la manie simple, il faut dire que dès le commencement déjà se développent des idées délirantes (souvent des idées de persécution), dans certains cas, des hallucinations; et déjà, dans la période initiale, la conscience n'apparaît pas tout à fait nette. De la confusion mentale aiguë, cet état diffère par l'absence de la confusion profonde et de l'incohérence (ou par leur apparition pour une courte durée et épisodiquement); ici par toute leur conduite, par leur érotisme, par leur amour pour les parures, etc., les malades ressemblent plutôt à des maniaques qu'à des malades atteints de confusion mentale aiguë. On peut, pourtant, douter de l'autonomie de l'existence de cette forme mixte; à ce qu'il paraît, elle n'est que l'une des manifestations variables des psychoses périodiques.

LES INCENDIAIRES

Par le Dr GIMBAL

Médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique
(Prix Esquirol, 1904.)*

SUITE (1).

INCENDIE DANS LE DÉLIRE DE PERSÉCUTION SYSTÉMATISÉ

De même que le délire de persécution, évoluant sur un terrain de débilité mentale, peut provoquer l'incendie, de même, et mieux encore, parce qu'il amène des réactions plus énergiques, le délire systématisé en est une cause possible.

Le persécuté chronique, sans cesse poursuivi par ses vieux ennemis, acharnés, qui l'espionnent, l'insultent, l'empoisonnent, lui envoient des odeurs désagréables, martyrisent son corps, incendie leur propriété pour se venger. Souvent encore, ayant vainement réclamé son droit, lassé de toutes ses démarches inutiles, il incendie pour forcer la justice à s'occuper de lui.

L'incendie est un mode de réaction de même nature que l'homicide, mais moins fréquent. Le persécuté s'attaque plutôt à son ennemi qu'aux biens de celui-ci.

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1905, de janvier-février et mars-avril 1906.

OBSERVATION XXIX. — *Délire de persécution systématisé.
Incendie. — Mode de réaction.*

Veuve C..., cultivatrice, soixante-dix-huit ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Bons.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Rien de particulier.

Jusqu'à l'âge de soixante-quatre ans, la malade vit normalement. A cette époque, son mari vient à mourir. Son fils ne lui vient pas en aide, elle mène une vie misérable. Elle s' imagine que des gens la détestent. Le maire, le greffier et le garde-champêtre de sa commune s'entendent contre elle. Ils lui volent sa récolte, ses vêtements. Ils l'insultent. La nuit, ils essaient d'enfoncer sa porte; ils montent sur le toit pour pénétrer chez elle, afin de la voler, de la tuer. Elle va se plaindre à la gendarmerie. On ne l'écoute pas. Pour se venger et attirer sur elle l'attention de la justice, elle met le feu, en plein jour, devant témoins, à une meule de paille appartenant à l'un de ses ennemis.

Actuellement, la malade présente le même délire systématisé qu'à son entrée, qui date de quatorze ans. Ce sont toujours les mêmes persécuteurs, les mêmes moyens de persécution qu'elle accuse. Cette systématisation, cette force du délire stationnaire est à noter chez une femme de soixante-dix-huit ans.

OBSERVATION XXX. — *Délire de persécution chronique.
Incendie. — Mode de réaction.*

M..., quarante ans.

M... est un vieux délirant chronique de persécution. Il entend ses persécuteurs qui l'insultent.

Il a des troubles de la sensibilité générale et spéciale (goût, odorat).

Un jour, étant seul dans une salle, il est abreuvé d'insultes par ses persécuteurs. Il regarde de tous côtés. Il ne les voit pas. Comme il y a un piano dans cette salle, il pense que ses persécuteurs y sont cachés. Il bourre le piano de papier et y met le feu. Il sort content, racontant à tous qu'il était enfin débarrassé de ses persécuteurs.

INCENDIE DANS L'HYSTÉRIE

L'incendiaire hystérique commet son crime sous l'influence de l'hystérie ou d'un état mental pathologique coexistant avec l'hystérie.

Dans le premier cas, l'acte criminel apparaît au moment d'une attaque, ou en dehors d'une attaque.

Au moment d'une attaque, tantôt l'incendie n'est qu'un accident fortuit, survenu à la suite de mouvements convulsifs. Tantôt, au contraire, il est en rapport avec un délire à base d'hallucinations, visuelles surtout, semblables aux délires toxiques. Ce délire hystérique, passager, semi-conscient, onirique, est aux centres psychiques, sensoriels, sensitifs, ce que l'attaque convulsive est aux centres moteurs. Il peut exister seul, sans phénomènes convulsifs, quand la détermination hystérique, se localisant sur les centres psychiques, sensoriels, sensitifs, laisse indemnes les centres moteurs. Comme le plus souvent ces deux variétés de centres sont simultanément atteintes, le plus souvent, aussi, délire et attaque convulsive coexistent.

L'incendie peut être dû à d'autres causes, relevant directement encore de l'hystérie. On peut ainsi l'observer lié à l'amnésie, à ces états de somnambulisme, de fugues, d'automatisme ambulateur qui offrent tellement d'analogie avec les états similaires de l'épilepsie que ce n'est qu'avec les commémoratifs qu'on pourra faire le diagnostic.

L'acte criminel peut encore dépendre de l'un ou de plusieurs de ces éléments, exagérés, du caractère hystérique habituel.

Les antipathies, les répulsions non motivées, les besoins de paraître, d'intéresser, de se venger, de mentir, de calomnier, sont parfois si forts, qu'ils provoquent

l'acte incendiaire. La vengeance est le sentiment que l'on constate d'habitude. L'hystérique incendie les biens de son ennemi, ou, plutôt, incendie les biens d'un individu quelconque, puis accuse son ennemi d'avoir commis cet incendie. L'on sait combien il se complaît dans les accusations fausses et calomnieuses.

Il devient incendiaire, il s'abandonne à ces sentiments, d'autant plus facilement que le jugement, le sens moral, la volonté sont plus atteints.

Presque toujours, l'acte incendiaire est le fait de plusieurs causes réunies, du besoin de vengeance, d'accusation calomnieuse, de la diminution du sens moral et volontaire, le plus souvent. Dans tous les cas d'incendie liés à l'hystérie, et surtout dans ceux qui pourraient faire penser à l'épilepsie, à l'alcoolisme, il sera indispensable de constater les stigmates hystériques, qui, seuls, en certifieront l'origine.

Avec l'hystérie, peuvent coexister des états mentaux pathologiques très variables, très nombreux, de vrais délires de persécution, érotiques, mystiques, à base d'hallucinations de la vue, de l'ouïe; des délires à seule base d'interprétations délirantes; de véritables états d'obsessions, d'impulsions avec phases de lutte angoissante, d'acte, et de satisfaction consécutive à l'acte.

Ici, l'acte incendiaire apparaît, indépendant de l'hystérie, lié, au contraire, à ces différentes causes, au sujet desquelles il a déjà été étudié.

OBSERVATION XXXI. — *Jeune fille hystérique. — Tentatives d'incendie au cours d'accès délirants hystériques.*

Morel, dans son *Traité des maladies mentales* (p. 675), cite l'observation suivante :

Une jeune fille de dix-sept ans, très impressionnable, très nerveuse, à la suite d'une frayeur, parcourt tout le cercle entier

des phénomènes morbides de l'hystérie. Dans ses accès de délire, qui sont fréquents, elle cherche plusieurs fois à incendier la maison paternelle.

Pelmann (*Irrenfreund*, 1877, n° 1) rapporte une observation semblable. Il s'agit, en effet, d'un meurtre et d'un incendie commis dans un accès de délire hystérique hallucinatoire.

OBSERVATION XXXII. — *Hystéro-épilepsie.* — *Un incendie involontaire pendant une crise.* — *Un second incendie dans un but d'internement.* — *Diminution du sens moral.* — *Simulation.* — *Prétend avoir incendié par mégarde, par inattention, involontairement.*

D... J..., trente ans. *

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur d'absinthe. S'est pendu.

Mère épileptique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'école, il apprend bien.

A l'âge de treize ans, maltraité par son père, il quitte ses parents. Poussé par la faim, il vole un morceau de pain, ce qui lui vaut d'être mis dans une maison de correction jusqu'à l'âge de vingt ans. Il s'engage; il passe en conseil de guerre pour vol; il est envoyé aux bataillons d'Afrique. Là, il fait abus d'absinthe, il est atteint de fièvre paludéenne, il est réformé pour tuberculose pulmonaire. Rentré en France, il mène une vie misérable. Il travaille à Poitiers cinq mois, pendant lesquels il a six ou sept attaques. Comme il sentait venir ses crises qui s'annonçaient par une sensation de boule montant à la gorge, il sortait et son patron ne s'apercevait de rien. Mais, à sa dernière crise, son patron l'a vu et l'a congédié.

Réduit à la plus grande misère, il pénètre dans une maison, y vole une montre et un pantalon; puis, il va à la gendarmerie se constituer prisonnier. On lui inflige quatre mois de prison. Sorti de prison, il va à Avesnes. Là, il est arrêté, et emprisonné deux mois. Il se place chez un berger, qui le remercie en s'apercevant de sa maladie. Il se fait charretier, il est remercié pour le même motif. Il vole une montre à un de ses cousins. Il est emprisonné puis conduit à l'asile de Gaillon où M. Colin, médecin en chef, porte le diagnostic d'hystéro-épilepsie sans trouble délirant.

Sorti de Gaillon, D... rentre dans son pays et gagne sa vie avec des saltimbanques. Pendant une attaque, qui le surprend sur la route, on lui vole tout ce qu'il a. Ne sachant comment vivre, il casse un bec de gaz, puis il va se constituer prisonnier. Il fait deux mois de prison. Il s'engage chez des saltimbanques, qui le congédient sitôt qu'ils s'aperçoivent de ses crises.

Il casse un nouveau bec de gaz, pour se faire mettre en prison. A la prison, il se trouve très bien.

Sortant de cette prison, il s'empare d'une scie et d'une pince qui étaient sur une voiture. Il les porte à la gendarmerie, priant les gendarmes de vouloir bien le remettre en prison. Devant le substitut, il menace de casser tous les becs de gaz de la ville si on ne le remet pas en prison.

On le contente pour quatre mois.

De nouveau en liberté, il s'engage chez des saltimbanques. Au cours d'une crise, il renverse une lampe à essence et met le feu dans leur voiture. On le renvoie. Il reste deux jours sans manger. Enfin, il incendie une meule de paille. Aussitôt arrêté, il avoue avoir mis le feu volontairement. Devant le procureur, il revient sur cet aveu. Depuis quatre ans qu'il est à l'asile, il se défend d'avoir mis le feu volontairement. Or, il y a tout lieu de croire que son incendie a été voulu et réfléchi. Ce n'est pas par mégarde, comme il le prétend, qu'il l'a commis, mais bien par calcul. Il a voulu commettre un méfait qui, plus grave que les autres, lui procurât un emprisonnement plus long.

Depuis son entrée à l'asile, il a présenté plusieurs attaques de grande hystérie. Au début de l'attaque, il sent comme une boule qui l'étrangle, puis, survient la période épileptoïde, à laquelle fait suite une phase de grands mouvements, pendant laquelle il exécute des bonds et des sauts incroyables, il se déchire et se mutilé. Après quoi, il prend des poses théâtrales. Le tout se termine par quelques idées délirantes vite effacées. Il ne s'est jamais mordu la langue; il n'a jamais uriné pendant ces crises qu'il sent venir, qui surviennent à la suite d'une émotion. Il présente des stigmates d'hystérie tels que : anesthésie limitée, diminution du réflexe pharyngien, léger rétrécissement du champ visuel.

Le premier incendie, commis par ce malade au cours d'une crise, a été involontaire, mais le second a été volontaire, D... cherchant ainsi à se faire interner — incapable de gagner sa vie — à cause de ses attaques d'hystérie.

Le sens moral de ce malade est très insuffisant. Très égoïste,

D... ne regrette nullement ses crimes ou délits puisqu'ils lui ont permis de se faire interner.

OBSERVATION XXXIII. — *Jeune fille hystérique. — Deux incendies qu'elle n'avoue pas. — Au contraire, pour détourner l'attention, elle accuse des personnes imaginaires.* (Annales médico-psychologiques, 1871.)

M. Brunet rapporte l'observation d'une incendiaire, V..., domestique, seize ans, qui commet deux incendies, chez ses maîtres.

« Lors du premier incendie, les soupçons se portent sur un mendiant, âgé de trente à trente-cinq ans, qui aurait fait des menaces, dans la soirée qui précède l'incendie, à la nommée V..., domestique, pour ne pas vouloir lui donner du vin à boire. Ce récit de la nommée V... paraît vraisemblable.

Tous les mendiants qu'on avait vus dans la journée sont retrouvés et présentés à la nommée V... qui n'en reconnaît aucun comme l'auteur de la menace qui lui avait été faite.

C'est un voisin qui, la première fois, s'aperçoit de l'incendie et crie au feu.

La seconde fois, au contraire, l'alarme est donnée par cette domestique. Au moment de se coucher, elle appelle son maître, prétendant qu'elle entend du bruit sur le grenier de la cuverie. Celui-ci examine tout avec soin, ne trouve personne, et ferme soigneusement les portes. Quand elle crie au feu, il se rend immédiatement dans sa chambre qui est près de la sienne.

Elle lui dit qu'elle a vu une lueur et entendu des tuiles tomber dans le grenier. De cette chambre, il ne voit rien et croit d'abord qu'elle le trompe encore; de la cour même, il n'aperçoit pas la moindre lueur, et ce n'est qu'en entrant dans la cuverie qu'il voit que le feu vient d'être mis dans une cuve remplie de paille. Les soupçons se portent sur la domestique, qui, seule, peut être accusée.

A ce même moment, on trouve la nommée V... immobile près de son lit, poussant toujours des cris et ne pouvant rien répondre aux questions qu'on lui adresse. Pendant l'incendie, elle reste près de la porte sans travailler, regardant, d'un air indifférent, éteindre le feu ou déménager le mobilier.

Conduite à la maison d'arrêt, elle nie énergiquement avoir mis le feu, soutient qu'elle a vu une lueur dans la cuve et entendu des objets tomber dans le grenier, ce qui est impossible. »

V... est une hystérique présentant des stigmates très nets. Elle nie être l'auteur de ces deux incendies, et imagine, pour détourner l'attention, deux fables. Dans la première, elle accuse un mendiant introuvable. Dans la deuxième, elle tente de faire croire que des personnes ont pénétré dans la maison quelque temps avant l'incendie.

Il est impossible de savoir exactement la raison pour laquelle V... commet ses crimes; elle les nie énergiquement, essaie de faire accuser d'autres qu'elle, suivant un système qui prouve sa débilité.

OBSERVATION XXXIV. — *Actes criminels. — Incendie. — Actes délictueux commis par une hystérique qui accuse, dans un but de vengeance, et fait parfois condamner les personnes qu'elle hait.*

Legrand du Saulle (*La Folie devant les tribunaux*) cite le cas suivant publié par M. le Dr Bergeret.

Une jeune fille, M. J..., vingt-six ans, acquiert la certitude que son amant B..., dit C..., lui est infidèle. Son dépit est si grand qu'elle jure de s'en venger, non seulement sur lui, mais sur toute sa famille qui, d'après la rumeur publique, a beaucoup contribué à l'éloigner d'elle.

Un matin, on trouve dans une vigne un grand nombre de ceps coupés pendant la nuit. M. J... va dénoncer à la justice le frère de son ancien amant et son ancien amant lui-même comme étant les auteurs de ces mutilations. Elle les fait condamner, sur la foi du serment, à quelques mois de prison.

L'année suivante, s'étant blessée elle-même, elle accuse l'oncle des deux frères emprisonnés d'avoir voulu l'assassiner. Cet homme est condamné à cinq ans de réclusion. Peu de temps après, elle essaie de faire condamner dans des circonstances analogues un autre oncle des frères B...

Peu de temps après, la mère de M... arrivant à l'étable pour traire sa vache lui trouve les pis coupés. Un jour le feu prend à sa maison. M... accuse toujours les B... Une instruction ouverte contre eux démontre leur innocence.

(A suivre.)

Thérapeutique.

DE

L'ACTION DE L'ACIDE FORMIQUE EN MÉDECINE MENTALE

Par le Dr Antonin CONVERS,

Interne à l'asile départemental du Rhône.

A la suite des publications de M. Clément (de Lyon) sur les propriétés de l'acide formique, de ses communications présentées soit à l'Académie de médecine de Paris par M. Huchard en juin 1904, soit à la Société des sciences médicales de Lyon dans sa séance du 8 février 1905, le monde médical s'est intéressé à l'action de ce nouveau produit. M. Huchard a même fourni à l'Académie de médecine, dans sa séance du 14 mars 1905, un rapport personnel. Ses conclusions sont très favorables aux idées de M. Clément et, après avoir confirmé l'action toni-musculaire des formiates, il leur attribue encore une action diurétique.

M. Clément dans une brochure récente (1) étudie

(1) Clément. L'acide formique et la force musculaire. Paris, juin 1905, *Lyon médical*, 7 mai 1905 et 8 juin 1905. — Cf. Galeu. La fourmi en thérapeutique. Th. Montpellier, 1905. — Berret. Action de l'acide formique sur les maladies à tremblements. Th. Lyon, 1905.

avec plus de détails l'action de l'acide formique, insistant surtout sur « l'augmentation de la force musculaire et le retard apporté au phénomène de la fatigue, ceci dans des proportions jusqu'à ce jour insoupçonnées ».

Il considère ce produit comme donnant d'excellents résultats toutes les fois qu'il y a lieu de relever les forces des malades, et, ajoute-t-il : « Je prévois que le médicament, relevant l'énergie morale comme il relève l'énergie physique, rendra de très grands services aux aliénistes en leur permettant de combattre, avec une efficacité que ne possède aucune autre médication, la plupart des formes de délire avec dépression mentale, la lypémanie, la stupeur cérébrale, la mélancolie, etc... »

MM. Viallon, médecin en chef, et Alombert-Goget, médecin-adjoint du service des femmes à l'asile de Bron, se sont intéressés à l'action de ce nouveau médicament et, étant donnée sa non-toxicité démontrée et d'autre part son action tonique admise par beaucoup d'observateurs, ils ont pensé que certains types cliniques de maladies mentales pourraient être ainsi heureusement modifiés.

La potion au formiate de soude a donc été donnée à un assez grand nombre de malades de types cliniques différents, ceci depuis environ six mois. Nous avons pu observer ainsi une trentaine de malades qui, presque tous, ont pris pendant un mois, chaque jour, 2 gr. 50 de formiate de soude.

De préférence ce médicament a été donné à des malades chez qui leur état d'asthénie générale semblait l'indiquer d'après les déclarations de M. Clément.

C'est donc dans les *états mélancoliques avec troubles physiques manifestes* : asthénie généralisée avec anorexie, amaigrissement; dans la *confusion mentale avec état saburral de la langue, haleine fétide, ballonnement*

du ventre, atonie des voies digestives, que l'acide formique a été le plus souvent prescrit.

Avant de commencer le traitement, nous pesions systématiquement les malades et la pesée était renouvelée chaque semaine en prenant soin de la pratiquer aux mêmes heures et avec les mêmes vêtements. Voici ce que nous avons constaté dans ces cas, après avoir soigneusement noté les modifications, soit physiques, soit psychiques, qui ont pu se produire :

Assez généralement, une augmentation de l'appétit a suivi, dès la première semaine, l'administration de l'acide formique. Les malades qui s'alimentaient difficilement et qu'on n'amenait à manger qu'en les y obligeant se mettaient d'elles-mêmes à manger lorsqu'on leur présentait leur repas. Certains états mentaux de confusion avec tendance à la stupeur semblaient s'améliorer, en ce sens que la malade était moins inerte et répondait mieux aux questions ; mais ceci est d'ailleurs difficilement appréciable. Dans tous ces cas pourtant, l'augmentation de l'appétit a amené rapidement de l'engraissement avec amélioration des troubles digestifs constatés et de l'état général tout entier. Sous l'influence de cette amélioration de l'état général, l'état mental s'est lui-même heureusement modifié. Il n'y a qu'un cas de confusion mentale avec troubles digestifs persistants, amaigrissement, etc..., où l'état mental ne s'est point amélioré d'une façon parallèle à celui de l'état général, et la malade semble maintenant verser dans la démence précoce.

Dans tous ces cas, hâtons-nous de le dire, il s'agissait d'états mélancoliques, d'états de confusion mentale plus ou moins accentuée qui *cliniquement paraissaient éminemment curables*, et il est très probable que les mêmes modifications heureuses, soit d'ordre physique, soit d'ordre psychique, seraient survenues sans l'admi-

nistration de l'acide formique. Pourtant, ce qui nous a paru curieux, c'est que l'amélioration survenait assez régulièrement dès l'administration du médicament. Les malades s'alimentaient mieux, l'état saburral des voies digestives disparaissait, et la pesée marquait assez régulièrement une augmentation de poids.

Dans les autres types cliniques de maladies mentales, nous avons été loin d'observer les mêmes effets utiles, lors même que l'état d'asthénie générale, la dépression physique semblaient indiquer son emploi.

Pourtant, nous l'avons vu administrer à une hystérique franche, âgée de dix-huit ans, qui depuis l'âge de quinze ans présentait des crises hystériques avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, crises qui duraient à peu près une heure et étaient suivies pendant quelques jours d'un état de confusion avec mutisme et sitio-phobie partielle. Cette malade entra à l'asile présentant : de l'agitation avec soubresauts continuels au niveau des jambes, des bras, de la face, une température de 38°4 le soir et de 37°8 le matin, un mutisme absolu, un état saburral de la langue, l'haleine fétide. De plus, on constatait à l'auscultation des poumons des signes de bronchite généralisée des grosses bronches : ronchus, sibilances, etc... On la mit au lait après purgatifs répétés ; on dut même recourir à l'alimentation forcée, étant donné son refus absolu d'en boire. Le mutisme, l'agitation disparurent rapidement ; mais les troubles digestifs persistèrent, bien que la fièvre, les signes pulmonaires aient disparu. L'état mental restait un peu confus, incohérent, et ces symptômes duraient depuis deux mois avec une allure un peu prostrée. On donna alors la potion au formiate et très manifestement l'amaigrissement cessa, l'appétit devint meilleur en même temps qu'il s'ensuivait une augmentation de poids régulière. L'état mental n'en fut guère modifié

sur l'instant; mais peu à peu la malade se réveilla de sa torpeur, et actuellement elle vient de sortir après un séjour de sept mois.

Il convient de faire remarquer que chez cette hystérique, les troubles constatés, soit dans le domaine physique, soit dans le domaine mental, portaient bien l'empreinte d'un délire toxi-infectieux, et que par conséquent ils peuvent être rangés à côté de ceux que nous venons de décrire : états mélancoliques, états de confusion mentale avec dépression physique survenus soit pendant l'allaitement, soit pendant la ménopause, soit pour une cause qui n'a pu être décelée.

Nous avons encore vu administrer l'acide formique chez certaines épileptiques amaigries. Ici son effet a semblé plutôt nuisible et a coïncidé avec de l'agitation et un nombre plus grand de crises. Pourtant, comme les malades n'étaient plus au bromure depuis quelque temps, il n'est pas certain que cet effet soit imputable au formiate. Il n'y a eu d'ailleurs aucune modification soit de l'appétit, soit de l'état général.

De même son action nous a semblé nulle dans les troubles liés à l'évolution des psychoses organiques, et en particulier dans les états cachectiques aboutissant des démences, telles les diarrhées rebelles des paralytiques généraux, des déments avancés.

Dans les cas où il nous a semblé avoir un effet utile, l'acide formique s'est donc comporté comme un stimulant général et en particulier des voies digestives, ceci peut-être en favorisant l'élimination des produits toxi-infectieux, s'il est vrai qu'il possède bien le rôle diurétique que lui a attribué M. Huchard. Quant à l'action toni-musculaire invoquée par M. Clément, nous n'avons pu la mettre en lumière et nous ne pouvions la rechercher chez les différentes malades examinées.

En résumé, la potion au formiate de soude nous a

semblé avoir un *effet utile* sur l'état général de certaines malades et indirectement sur leur état mental. Ce qui permet de le dire, c'est que le mieux s'est fait sentir assez régulièrement dès le début de son administration. Il faut pourtant bien avouer que les malades ainsi améliorées étaient éminemment des curables et que probablement elles se seraient modifiées heureusement sans ce secours, mais peut-être moins vite.

Médecine légale

UN CAS D'EXHIBITIONNISME

Par le Dr A. ROUSSET

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'exhibitionnisme chez un ouvrier jeune, marié, père de famille, vivant en bonne intelligence avec sa femme, et il nous a paru intéressant de le publier, ce malade ayant été frappé par deux condamnations antérieures pour des faits similaires. C'est du rapport que nous avons eu à déposer pour la troisième poursuite, rapport suivi d'une ordonnance de non-lieu et de l'internement, que nous extrayons l'observation suivante.

Prédisposition héréditaire. — Dégénérescence mentale. — Précocité génitale de la puberté. — Perversions sexuelles ; exhibitionnisme, onanisme, excès vénériens. — Obsessions et impulsions irrésistibles. — Troubles cystiques. — Condamnations antérieures.

I. — A la suite de plaintes de plusieurs directrices d'Écoles, signalant un jeune homme se masturbant devant les jeunes filles de leurs établissements, M..., vingt-quatre ans, graveur, est arrêté à la sortie de son domicile par le service de la sûreté, qui, par des indices antérieurs, avait acquis la certitude de l'individualité du coupable. Conduit devant le commissaire de police, M... ne cherche pas à se disculper, il avoue tout sans réticences, reconnaît que c'est bien lui qui a attendu les élèves

de la rue X... et qu'il s'est masturbé plusieurs fois devant elles. Il ne cache pas qu'à différentes reprises il s'est livré au même étalage génital aux abords d'un autre groupe scolaire, et qu'antérieurement il a déjà subi deux condamnations pour outrages publics à la pudeur.

La répétition de cet acte bizarre, sa reproduction monotone, les deux pénalités précédentes pour une exhibition de même nature, éveillèrent avec juste raison sur l'inculpé l'attention de la justice, et motivèrent un nouvel examen mental de M...

II. — Dans la ligne paternelle : grand-père, d'un caractère anormal et extravagant, ayant vécu séparé d'avec sa femme, trouvé mort subitement dans son lit d'une congestion cérébrale; grand'mère, morte à soixante ans d'une affection cardiaque. Père, ferblantier, pas d'intoxication, *ayant fait la campagne de 1870*, a eu trois ans après son mariage, *c'est-à-dire quelque temps avant la conception de l'inculpé*, un violent accès de rhumatisme articulaire aigu; meurt à cinquante et un ans d'une maladie de cœur. — Dans la ligne maternelle : grand-père frappé à quarante-cinq ans d'un ictus apoplectique; grand'mère, migraineuse, morte d'albuminurie; mère vivante, quarante-sept ans, bien portante. M... est le deuxième d'une série de sept garçons dont le n° 4 mourut à cinq ans d'accidents méningitiques, et dont les n°s 6 et 7 (deux jumeaux), conçus au moment où le générateur était à la dernière période de son affection cardiaque, furent emportés rapidement par des troubles athrepsiques.

III. — M... a puisé dans les dispositions malades de ses ascendants, de son père surtout, des signes manifestes de dégénérescence. Quoique venu à terme et nourri par sa mère, il a toujours été souffreteux et chétif. Son évolution infantile s'est effectuée péniblement : la dentition, très douloureuse, a provoqué à huit mois un abcès, marqué à gauche par une cicatrice; à vingt-deux mois, il était encore, nous dit sa mère, « *langé* » comme un nouveau-né, et il n'a commencé à marcher qu'à vingt-six mois; à six ans, il urinait encore au lit, et il était souvent en proie à des *terreurs nocturnes*, dont se plaignaient ses jeunes frères qui couchaient à côté de lui.

L'épreuve scolaire fut néanmoins satisfaisante pour lui : d'une intelligence assez développée, il apprenait facilement, et obtint le certificat d'études. Mais, avec la puberté, il commença à réagir d'une façon toute spéciale en face de l'instinct sexuel : il avoue franchement avoir eu de bonne heure des habitudes

d'onanisme, et la vie génitale fut chez lui des plus précoces ; à dix-sept ans, ouvrier graveur à Marseille, il est « enlevé » par la sœur de son patron, jeune femme de vingt et un ans, et il reste quatre jours en dehors de la maison paternelle : « C'est elle qui m'a entraîné, nous dit-il, elle a fait de moi ce qu'elle a voulu. » A la suite de cette fugue, son caractère se modifia complètement : lui qui, dans la deuxième enfance, était, au dire de sa mère, gai, enjoué, ouvert, devint subitement triste, sombre, taciturne. Nous insistons, en passant, sur cet incident de l'essor de la fonction sexuelle chez M..., où il ne joua qu'un rôle de comparse aboulisque : ce choc émotionnel, subi au cours de la vie pubérale, nous paraît être le point de départ des représentations mentales obsédantes et impulsives qui domineront désormais le *curriculum vitae sexualis* de l'inculpé.

A dix-sept ans et demi, il arrive à Lyon, et tour à tour ouvrier graveur et garçon d'office, par suite de morte saison, il reste souvent sans ouvrage, incapable d'en trouver, sans énergie, sans volonté, toujours silencieux et taciturne, dit sa mère, et se livrant alors régulièrement, nous avoue-t-il, à des habitudes de masturbation. A dix-neuf ans, il commet sa première exhibition génitale qu'il nous raconte de la manière suivante : En décembre 1899, à 7 h. 1/2 du soir, sortant de son atelier pour rentrer chez sa mère, il rencontre tout à coup dans la rue deux petites filles ; automatiquement il éprouve un besoin irrésistible de se déboutonner et d'étaler ses organes génitaux devant le couple d'enfants ; l'orgasme génital fut tel, nous affirme-t-il, que, sans manœuvre particulière de sa part, il s'accompagna de pollution. Ce fait resta impuni. Il recommença plusieurs fois dans la suite. Il ne cherchait pas à se cacher, et ne se rendait pas compte qu'il commettait un acte contraire à la morale : « C'était plus fort que lui » ; — après, il n'y pensait plus.

En mai 1900, il est arrêté pour la première fois sur un boulevard pour exhibition à un groupe de fillettes de dix à douze ans, et condamné avec sursis. Peu après, il a des relations intimes avec une jeune fille, travaillant avec lui dans le même atelier, dont il a un enfant avant son départ pour le service militaire (un an), et qu'il épouse à son retour. Malgré son mariage, ses appétits sexuels, toujours en éveil, deviennent plus impérieux, et présentent, à des intervalles irréguliers, des paroxysmes, pendant lesquels il éprouve un malaise général, des maux de tête, palpitations, contractions épigastriques, et surtout des

troubles vésicaux (mictions fréquentes diurnes et nocturnes, suivies parfois d'une légère hématurie). Il était dans un de ces paroxysmes en mai 1904, lorsqu'il fut arrêté pour la deuxième fois, se livrant dans une allée à une exhibition sexuelle devant une jeune fille revenant de son travail, et condamné à six mois de prison (rapport médico-légal du D^r Boyer, concluant à l'atténuation de la responsabilité). Il est libéré en décembre 1904, et, depuis cette époque jusqu'en mars 1905, date à laquelle il fut incarcéré pour la troisième fois à la suite des faits exposés au début de cette observation, il aurait eu cinq ou six accès paroxystiques.

IV. — Nous avons décrit dans ses grandes lignes l'évolution infantile et pubérale de M... qui nous a révélé un fond dégénératif des plus manifestes. L'examen somatique direct va nous confirmer cette description des anamnétiques personnels : Aspect chétif; facies pâle, petite taille, corpulence presque infantile. Microcéphalie. Asymétrie faciale. Fistule lacrymale droite. Coloration différente des iris : iris droit, bleu; iris gauche, marron. Mauvaise dentition en général, avec prémolaire supplémentaire à gauche. Goitre bilatéral.

Depuis trois ans et demi, il accuse des troubles de cystite. Actuellement il urine presque toutes les heures dans la journée, et quatre ou cinq fois dans la nuit, et le symptôme douleur est continu, échappant aux influences du repos et du mouvement; à la fin de chaque miction, il y a, dit-il, une petite « giclée » de sang. M... n'a jamais consulté de médecin spécialiste pour ces troubles urinaires dont l'origine bacillaire, en raison de son aspect général, pourrait être soupçonnée. D'autre part, l'auscultation des sommets, l'examen des épидидymes, des vésicules séminales et de la prostate ne nous a rien révélé d'anormal.

V. — M... présente un certain degré de débilité intellectuelle, exposant naïvement et sans réticences le début, la pathogénie et l'évolution de ses infirmités physiques et de ses troubles psychopathiques. D'un abord timide et réservé, il fait preuve d'une émotivité excessive. Quand nous lui exposons la triste alternative qui lui incombe aux fins de la prévention actuelle, il pleure à chaudes larmes, puis se confine dans un mutisme conscient. Les sentiments affectifs n'ont subi, chez lui, aucune altération : il s'est toujours montré bon fils, époux affectueux; les malaises auxquels il est sujet, dit-il, sont la cause de tous ses malheurs et de ceux qui peut-être vont s'abattre maintenant sur sa chère famille. Si nous l'interro-

geons plus spécialement sur les exhibitions de la rue X..., à la suite desquelles il vient d'être arrêté pour la troisième fois, il nous répond ces phrases pathognomoniques : « Depuis ma dernière sortie de prison, j'ai bien lutté ; — mais quand je le fais, je n'y pense pas ; — après, je réfléchis, et je me dis : « les autres ne font pas ça. »

D'ailleurs, sa subjectivité psycho-sensorielle, il nous la décrit lui-même dans les lignes suivantes : « Si la personne surtout me plaît, je ne peux malgré moi en détacher mon regard ; je suis pris d'un violent mal de tête, comme si elle était serrée de chaque côté vers les tempes par un étau, je ressens un malaise général de tout le corps, des palpitations de cœur, des contractions de l'estomac ; et alors malgré moi il faut que je voie la personne, que je la suive ; alors je me fais voir, je ne fais pas attention au monde extérieur, je m'exhibe, et il faut que je me masturbe, l'éjaculation suit immédiatement. Une fois que l'acte est accompli, je me sens soulagé, mon mal de tête disparaît alors comme par enchantement, je me trouve l'esprit plus lucide, j'éprouve, en un mot, un bien-être général du corps et de l'esprit. » Pendant ces périodes paroxystiques, sa femme nous raconte qu'il était déprimé, triste, indifférent, pleurant souvent et n'ayant plus de goût au travail. On lui parlait, il ne répondait pas ; il se plaignait de céphalées tenaces et urinait plus fréquemment la nuit. Les rapports conjugaux étaient peut-être plus fréquents. Si elle faisait allusion à ses condamnations antérieures, il fondait en larmes et répondait invariablement : « J'oublie tout, c'est malgré moi. »

Nous nous trouvons donc véritablement en présence d'une *obsession*, très nettement caractérisée, symbole de l'état dégénératif de M..., manifestation cérébrale automatique consciente, qui impose à son esprit, d'une façon paroxystique et sous l'incitation première de l'émotivité, une image qui lui est agréable. Cette obsession tenace, opiniâtre, pressante, provoque un tel malaise, une telle angoisse, que les patients préfèrent en finir, et courent au-devant de l'acte, quelle qu'en soit la conséquence, comme à une délivrance. Ces malades (ils sont unanimes à le déclarer) éprouvent un

immense soulagement à la satisfaction de l'impulsion, quelle que soit l'énormité de l'action commise. Aussi l'irrésistibilité de l'obsession à l'état maladif n'a-t-elle rien de comparable à ce qui se passe dans les états passionnels. Et lorsque M... vient nous déclarer qu'il ne veut plus recommencer, qu'il sortira de prison bien décidé à se soigner, nous savons qu'il dit la vérité; mais nous savons aussi quelle irrésistible influence exerce sur l'organisme l'appétit qui prend sa source dans l'obsession pathologique : *La volonté est absolument inhibée, impuissante.*

Mais, chez M..., l'acte appétitif sexuel ne se traduit pas seulement par l'exhibition génitale. « Malgré que
« j'aurais en des rapports, durant toute une nuit et le
« matin avant de me lever, avec ma femme, ajoute-t-il
« dans sa lettre, cela n'empêche pas que ces idées me
« prennent dans le courant de la matinée; si je me
« trouve dehors, il se passe alors ce que je rapporte
« plus haut (exhibition); si je me trouve au travail, il
« faut que je m'arrête, je me rends alors aux lieux
« d'aisance où je me masturbe; si cela me prend, que
« je sois seul chez moi, je suis obligé de me livrer au
« même acte. L'après-midi, c'est absolument la même
« chose, et cela malgré les rapports que j'aurais pu
« avoir à midi avec ma femme. Aussi loin que ma mémoire peut se reporter, je me rappelle avoir toujours
« en cette manie de me masturber, soit seul étant chez
« mes parents, soit en classe avec mes camarades, soit
« encore avec mes camarades les jours de congé ou
« durant le temps des vacances. Quant à cette idée de
« m'exhiber dans la rue, voilà au moins six ans que je
« l'ai. » Nous n'estimons pas, en l'espèce, que l'on puisse douter de la véracité des affirmations morbides de l'inculpé, car, à vrai dire, il nous a paru redouter bien plus l'asile que la prison.

Nous assistons donc à une asynergie extraordinaire des centres multiples dont la résultante concourt à la reproduction normale de l'espèce : les *centres spinaux*, qui président à l'accomplissement régulier de l'acte copulateur, sont surexcités, et nous voyons se produire le satyriasis ; les *centres sensitifs*, où réside l'instinct de la sexualité, fonctionnent en s'affranchissant du contrôle des *centres psychiques*, et alors l'appétitivité génitale se manifeste dans toute son intensité désordonnée, réclamant impérieusement satisfaction (coït, actes exhibitionnistes). En résumé, *M... nous présente un véritable automatisme de ses centres psychiques, sensitifs et spinaux, dont les fonctions s'opèrent sans arrêt, sans contrôle pendant un temps indéterminé jusqu'à l'intervention d'une nouvelle action inhibitoire ; c'est là le secret des obsessions et impulsions pathologiques qui surgissent chez lui au sein d'une conscience parfaitement lucide.*

Notre rapport se terminait par les conclusions suivantes :

1° *M... présente des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence mentale ; il a manifesté de bonne heure des perversions instinctives d'ordre sexuel, et il a été atteint à diverses reprises d'obsessions et d'impulsions irrésistibles ;*

2° Relativement aux faits de la rue X..., il avait conscience du caractère délictueux de ses exhibitions génitales, mais il y était poussé par une obsession malade tellement impérieuse qu'elle annihilait sa volonté ;

3° Il n'est pas responsable d'un acte qui repose tout entier sur une perversion délirante du sens génital ;

4° En raison de ces impulsions exhibitionnistes, qui, par leur périodicité, deviennent dangereuses pour la morale publique, il y a lieu actuellement de soumettre l'inculpé à un traitement dans un asile spécial.

En suite de ces conclusions, M... fut transféré dans notre service hospitalier. Après un séjour de sept mois, pendant lequel, d'accord avec sa femme, nous essayâmes deux à trois congés d'essai de quelques jours, les symptômes de cystite ayant disparu, l'état général, somatique et psychique, étant devenu très satisfaisant, ce malade nous parut suffisamment guéri pour être mis en liberté.

Revue critique.

LA PSYCHIATRIE MODERNE

ET L'ŒUVRE DU PROFESSEUR KRAEPELIN

Par le Dr SOUTZO fils (de Bucarest)

Suite et fin (1).

I. — LA FOLIE INFECTIEUSE (*Das infektiöse Irresein*).

Les troubles psychiques sont provoqués par les toxines infectieuses. Le trait commun du groupe est la présence des symptômes somatiques généraux s'associant aux troubles psychiques.

A. — LES DÉLIRES FÉBRILES (*Die Fieberdelirien*).

On distingue plusieurs degrés. Ils correspondent aux phénomènes d'excitation et de paralysie qui se succèdent, amenant la ruine complète de la vie psychique.

Les symptômes sont en rapport avec les degrés : lassitude, état général mauvais, troubles de la conscience, illusions et hallucinations, onirisme délirant, finalement coma, mouvements carphologiques et mort. Le genre de l'affection fébrile influence peu le délire dans son aspect ; c'est plutôt sa vitesse, son intensité et sa durée qui y jouent un grand rôle. Cependant, d'habitude, dans la variole, la scarlatine, l'érysipèle, le rhumatisme, ce sont les états d'excitation confusionnelle qui dominent et qui apparaissent subitement, tandis que dans la pneu-

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1906.

monie et dans la fièvre typhoïde on remarque des états délirants variables avec obnubilation plus ou moins profonde et torpeur psychique.

La prognose est grave par suite de la maladie fondamentale qui est aussi grave ; 36 p. 100 des cas succombent, suivant Kraepelin. La durée du délire ne dépasse pas une semaine, les troubles disparaissent avec la chute de la température.

B. — LES DÉLIRES INFECTIEUX (*Die Infektionsdelirien*).

Ici l'intoxication apparaît franche. On distingue : 1° *le délire initial de la fièvre typhoïde*, le plus connu, avec deux formes : a) délire calme avec hallucinations et illusions ; b) délire ayant l'apparence de l'excitation maniaque ; 2° *le délire initial de la varicelle* qui prend parfois l'aspect des états crépusculaires épileptiques avec des convulsions même ; 3° *le délire de la fièvre intermittente* : excitation intense, obnubilation profonde et parfois des convulsions ; 4° *le délire de la chorée* : confusion onirique, troubles hallucinatoires, etc. ; 5° les délires de l'influenza, de la rage, des affections septiques ; 6° le délire où l'infection primitive ne se laisse pas découvrir, mais parfois on y décèle des staphylocoques et des colibacilles dans le sang et le liquide cérébro-spinal. A cette forme appartient le *délire aigu*. A la nécropsie on constate des lésions inflammatoires, surtout dans l'écorce.

C. — LES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT INFECTIEUX (*Die infektiösen Schwächezustände*).

Ils apparaissent après la fin de l'évolution de la maladie infectieuse fondamentale, pareillement aux névrites consécutives à la fièvre typhoïde, à la rougeole, diphtérie, etc. Kraepelin distingue trois formes : 1° *forme légère*, chez les convalescents à la suite de l'influenza, du rhumatisme et de la coqueluche chez les enfants ; 2° *forme moyenne* dans la fièvre typhoïde, rougeole, choléra et au cours de la phtisie ; 3° *forme grave* à qui appartient la *psychose de Korsakoff*. De plus, à la suite du choléra et de la fièvre typhoïde, on remarque parfois

aussi un autre tableau clinique avec états d'excitation confusionnelle, fuite des idées et idées de grandeur étranges, tableau qui ne serait peut-être qu'une phase de la seconde forme ci décrite.

II. — LA FOLIE PAR ÉPUISEMENT

(*Das Erschöpfungsirresein*).

On admet un état d'épuisement aigu pour les psychoses qui se développent immédiatement à la suite des graves perturbations corporelles, des affections aiguës, des hémorragies graves, de l'accouchement.

A. — DÉLIRE DU COLLAPSUS (*Das Collapsdelirium*).

Etat se développant d'une façon brusque et tumultueuse et se caractérisant par de la torpeur, de la confusion mentale intense, des troubles psycho-sensoriels oniriques, de la fuite des idées, de la variation du ton humoral et de l'agitation motrice violente.

Début brusque, le sommeil troublé, l'alimentation irrégulière, l'état général mauvais. La durée de la maladie est de quelques jours, parfois de quelques heures. Le pronostic est favorable généralement ; le malade garde à la suite de la maladie de vagues souvenirs.

La tuberculose, l'érysipèle, quelques maladies aiguës et l'accouchement provoquent ce genre des troubles psychiques. Le cadre de cette affection est bien difficile à tracer. Depuis quelques années Kraepelin n'a plus rencontré de semblables états morbides et, en même temps, les cas qu'il rangeait avant dans ce groupe se montrèrent à la longue appartenant comme à la catatonie et à la psychose maniaco-dépressive. En tout cas le groupe en question existe, mais avec un cadre plus rétréci.

B. — LA CONFUSION MENTALE AIGUE (AMENTIA) (*Die akute Verwirrtheit*) (Amentia).

Suivant Kraepelin, la conception de Meynert sur l'Amentia n'est pas la juste puisque le cadre qu'il trace

comprend des troubles psychiques disparates appartenant entre autres à l'épilepsie et aux psychoses périodiques. Pour le clinicien de Munich la dénomination convient aux cas où on voit se développer, *à la suite des causes nocives extérieures saisissables, un état aigu caractérisé par de la confusion intellectuelle onirique avec des troubles illusionnaires et hallucinatoires et avec agitation motrice, état se terminant, dans les cas favorables, par la guérison qui apparaît au bout de deux, jusqu'à trois mois.*

La marche de la maladie est oscillante. Souvent on remarque, au début même, des intervalles de lucidité apparente, des rémissions fugitives qui durent des heures et même des jours. Mais la vraie guérison ne s'installe que lentement, au fur et à mesure que les troubles s'amendent, en même temps qu'on constate l'augmentation du poids du corps.

La mort n'est pas trop fréquente dans l'amentia ; elle survient en cas d'agitation intense et durable et alors que l'état général s'empire. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la catatonie et les états d'excitation maniaque.

C. — L'ÉPUISEMENT NERVEUX CHRONIQUE (*Die chronische nervöse Erschöpfung*).

Correspond à l'état connu sous le nom de neurasthénie acquise.

L'épuisement nerveux chronique se développe aussi sur un organisme normal à la suite des causes épuisantes variables.

Kraepelin décrit l'ensemble des symptômes psychiques et somatiques de la neurasthénie acquise et insiste spécialement sur le diagnostic différentiel de la neurasthénie constitutionnelle et des états neurasthéniques symptomatiques de la paralysie générale et d'autres psychoses. Ces descriptions sont des plus justes et claires.

III. — LES INTOXICATIONS

(*Die Vergiftungen*).

1° LES INTOXICATIONS AIGUES (*Die akuten Vergiftungen*).

Les intoxications aiguës, par suite de leur effet fugitif, ne présentent qu'un très minime intérêt.

2° LES INTOXICATIONS CHRONIQUES (*Die chronischen Vergiftungen*).

A. — L'alcoolisme (*Der Alkoholismus*).

L'auteur décrit au début les troubles psychiques provoqués par l'alcool : *l'ivresse normale*, *l'ivresse pathologique*, et ensuite ceux se développant sur le fond de l'alcoolisme chronique. Plus loin il dépeint avec des couleurs vives le buveur de profession, son caractère et sa moralité pervertie par suite de l'abus de l'alcool, sa conduite au milieu de la Société et de sa famille, le rôle de l'Etat pour l'empêchement de la propagation du fléau, les mesures légales à prendre contre ces buveurs avérés, enfin la nécessité et l'avantage des ligues antialcooliques, des sociétés de tempérance, des asiles pour les alcooliques, etc., etc. Ces descriptions comprennent des pages des plus intéressantes de l'œuvre du maître allemand (1).

Les psychoses qui se développent sur le fond de l'alcoolisme chronique sont les suivantes, selon Kraepelin : *le delirium tremens*, *la psychose de Korsakoff*, *la paranoïa hallucinatoire alcoolique*, *la démence hallucinatoire alcoolique*, *le délire de la jalousie* et *la paralysie générale alcoolique*.

Dans toutes ces descriptions une multitude de données et de faits nouveaux abondent.

(1) Lire aussi les admirables travaux de M. Legrain : *Hérédité et alcoolisme*, et surtout *Alcoolisme et dégénérescence sociale*.

B. — *Le Morphinisme (Der Morphinismus).*

La morphine exerce une tout autre action sur la mentalité; elle rend le travail psychique plus facile, pendant que les manifestations psycho-motrices deviennent plus difficiles.

Le développement du morphinisme a comme point de départ la nécessité de calmer les douleurs du malade; peu à peu cette nécessité se répète, surtout si les douleurs réapparaissent, l'usage de la morphine devient en même temps impérieux, le malade arrive lui seul à se faire les injections; finalement les troubles de l'intoxication morphinique chronique; modifications du caractère surtout, inquiétude, légère agitation nerveuse, humeur labile, plutôt irritable, troubles de la sensibilité, des réflexes, etc., etc.

Pour combattre le morphinisme, le devoir revient au médecin, dit Kraepelin. Il recommande de ne faire usage de la morphine dans les maladies chroniques qu'alors seulement que celles-là se montrent inguérissables et mortelles; ensuite de ne jamais procurer et permettre au malade l'occasion et les moyens de se faire seul les injections.

C. — *Le Cocaïnisme (Der Cocainismus).*

C'est la plus moderne des intoxications chroniques. Les premiers effets de la cocaïne se traduisent par une légère excitation pareille à l'ivresse, des sensations agréables de chaleur et un sentiment de bien-être.

L'intoxication chronique amène le délire cocaïnique. Des troubles graves peuvent apparaître: humeur changeante, hallucinations multiples et variables, surtout tactiles, qui sont caractéristiques, états délirants variables et entre autres le délire de jalousie. La conscience reste lucide pendant la maladie.

IV. — LA FOLIE THYRÉOGÈNE (*Das thyreogene Irresein*).

A. — *La folie myxœdémateuse.* (*Das myxodematose Irresein*).

Elle se caractérise par : un ralentissement et une paresse des fonctions psychiques avec apparition, simultanément, des modifications particulières de la peau ainsi que de certains troubles nerveux. La mémoire est affaiblie, en dernier lieu apparaît un état d'obtusion et d'apathie spéciale. La marche de la maladie est progressive et les malades aboutissent à la démence. La perte des fonctions de la glande thyroïde est le facteur essentiel de la maladie.

B. — *Le Crétinisme* (*Der Cretinismus*).

D'une part, un état d'arrêt du développement plus ou moins marqué et antérieurement acquis ; de l'autre, un nombre de signes somatiques dus à la perte de la fonction ou à la dégénérescence de la glande thyroïde, caractérisent la maladie.

Pour Kraepelin, le traitement thyroïdien influence peu ou plutôt point l'état mental des malades, et cela puisque les lésions profondes du cerveau, lésions inguérissables, ne le permettent pas. Seulement, somatiquement l'auteur a pu constater une diminution de la tuméfaction de la peau et la réapparition des règles, à la suite de ce même traitement.

V. — LA DÉMENCE PRÉCOCE (*Die Dementia praecox*).

Groupe pathologique et non entité morbide individuelle, — nous soulignons intentionnellement ces mots, — qui fit l'objet des plus vifs et nombreux débats, groupe qui reçut finalement le droit de figurer dans tous les traités modernes de psychiatrie.

Sous cette dénomination Kraepelin rassemble une

série de tableaux morbides dont la particularité commune forme la terminaison dans des états d'affaiblissement psychique caractéristiques. Ce mode de terminaison, bien qu'il ne soit pas sans exceptions, est cependant si fréquent que, dans l'attente d'une prochaine élucidation de cette question qui demande impérieusement sa solution, on doit garder la dénomination usitée.

Ces paroles sont assez éloquentes pour démontrer la nullité et le peu d'appui des objections qu'on a tenté de faire à quelques points de cette doctrine, à savoir : que la démence de la démence précoce n'est pas une démence, que la précocité, par rapport à l'âge et au mode d'évolution des troubles, ne se laisse point constater, etc., etc. (1)

Les manifestations pathologiques communes à ce groupe se résument dans ces quelques symptômes importants : troubles de l'attention, affaiblissement marqué du jugement, découcement et confusion des idées, salade de mots, hallucinations, idées délirantes, etc., etc., mais surtout des troubles du côté de la vie sentimentale et volitive, tandis que la mémoire, le pouvoir de conception, l'orientation et la conscience restent relativement gardés pour assez longtemps.

Ce groupe comprend les formes hébéphréniques, catatoniques et paranoïdes, division qui n'a pas de valeur clinique propre, absolue; elle permet seulement un coup d'œil d'ensemble au point de vue descriptif.

1. — FORMES HÉBÉPHRÉNIQUES (*Hebephrenische Formen*).

Développement lent, ou sous les apparences d'une psychose subaiguë, rarement aiguë, d'un état d'affaiblissement psychique plus ou moins marqué.

Dans un certain nombre de cas, les troubles se développent d'une façon si lente que la famille ne remarque rien d'insolite pour un certain temps, et le médecin n'est pas à même de préciser avec certitude l'époque du début. Les symptômes sont nombreux et variables.

(1) Voir à ce sujet notre travail : Encore la question de la démence précoce, qui paraîtra prochainement dans ces *Annales*.

Au début des troubles vagues : maux de tête, insomnie, un état de dépression, interrompu par intervalles d'accès de colère et de violences. Le tableau clinique peut souvent s'arrêter à ce degré. Mais d'habitude il continue à évoluer : des troubles psycho-sensoriels, hallucinations multiples, idées délirantes de variables couleurs, extravagantes et absurdes, se montrent. Souvent des événements de rêves servent à la confection du délire — sans confondre celui-ci avec le délire onirique des infections et intoxications (1). Les malades restent lucides et orientés ; la pensée suit une marche presque naturelle. Ils commettent, d'autre part, des actes extravagants, inconcevables ; mettent le feu, tirent les cloches des églises, quittent le service militaire sans motif, etc. Des rires non motivés sont un signe frappant. La terminaison de ces formes est la suivante : 75 p. 100 des cas tombent dans une démence profonde ; 17 p. 100, faiblesse médiocre ; 8 p. 100 guérissent *en apparence*.

2. — FORMES CATATONIQUES (*Katatonische Formen*).

La caractéristique de ces formes est un état particulier de stupeur ou d'excitation et aboutissant à la démence ; ces états sont accompagnés des manifestations de négativisme, d'impulsivité, de stéréotypie et de suggestibilité, qu'on observe dans les mouvements d'expression et dans les actes.

Un état de dépression ouvre habituellement la scène ; ensuite apparaissent des troubles psycho-sensoriels et des idées délirantes, surtout de culpabilité, de même des idées de grandeur, avec conservation du souvenir et très léger trouble de la conscience. En même temps surviennent la *stupeur catatonique* et l'*excitation catatonique*. Dans la stupeur dominant le négativisme et l'automatisme par commande, avec uniformité des attitudes et « influençabilité » exagérée (catalepsie, etc.) ; à l'*excitation catatonique* appartiennent les actes impulsifs et les stéréotypies de mouvements. Enfin, il y a

(1) Dans le travail de M. Marandon de Montyel sur la démence précoce, du *Journal de Neurologie belge*, il semble ressortir une pareille confusion.

les mouvements d'expression, les grimaces, les manières, etc., et qui sont encore caractéristiques.

La terminaison de ces formes est variable : dans 59 p. 100 une démence profonde, dans 27 p. 100 une démence plus légère et dans 13 p. 100 guérison avec reliquats de la maladie ; les malades arrivent parfois à reprendre leurs occupations antérieures. Kraepelin n'est pas en état, à l'heure qu'il est, de prévoir pour chaque cas son mode de terminaison.

3. — FORMES PARANOÏDES (*Paranoïde Formen*).

A côté d'un affaiblissement évoluant rapidement en même temps qu'une lucidité complète persiste, se développe ici un cortège d'idées délirantes et de troubles psycho-sensoriels qui forment pendant des années les symptômes les plus saillants.

Cette forme comprend deux groupes : 1° la démence paranoïde (proprement dite) de Kraepelin : *présence constante d'idées de grandeur et de persécution en masse, incohérentes et changeantes, avec légère excitation.* Les troubles psycho-sensoriels participent aux changements des images cliniques ; de plus on remarque de la confabulation, des fausses reminiscences, etc. Le ton humoral est plutôt enjoué et la conduite des malades est presque normale. Ce groupe se termine par de la confusion dementielle.

Le second groupe se caractérise par : *des idées délirantes extravagantes, accompagnées le plus souvent de troubles psycho-sensoriels ; les idées liées entre elles se développent pendant plusieurs années et disparaissent à la longue ou bien les malades deviennent confus.*

Kraepelin, dans cette dernière édition de son *Traité*, ne range plus cette dernière série de cas, comme auparavant, dans le cadre de la *paranoïa fantastique*. Pour lui ce groupe de cas appartiendrait plutôt à la démence paranoïde (proprement dite), ou bien il formerait une maladie individuelle. Dans ce même groupe l'auteur fait rentrer le *délire systématique de Magnan*, mais non avec pleine raison, à notre avis.

Les tableaux terminaux de la démence précoce pour-

raient être classés, selon Kraepelin, de la manière suivante : 1° *guérison* complète ou plutôt *guérison* relative ; 2° *guérison* avec déficit ; 3° *démence* simple ; 4° *démence* avec confusion ; 5° *paranoïa* hallucinatoire ; 6° *démence* hallucinatoire ; 7° *démence* paranoïde ; 8° *démence* avec extravagances (l'ancienne *démence* agitée) et 9° *démence* obtuse (l'ancienne *démence* apathique).

La pathogenèse de la *démence* précoce serait l'*auto-intoxication*, *auto-intoxication* qui pouvait avoir quelques rapports plus ou moins éloignés avec des processus se passant du côté des organes sexuels ; mais la maladie ne serait nullement due à l'abstinence sexuelle, comme le prétend M. Tschisch.

VI. — LA DÉMENGE PARALYTIQUE

(*Die Dementia paralytica*).

Démence progressive et spéciale avec manifestations nerveuses multiples d'excitation et de paralysie.

Kraepelin reconnaît cinq variétés cliniques : 1° *forme dépressive* comprenant un quart des paralytiques généraux ; 2° *forme expansive* avec 15-16 p. 100 de cas ; 3° *forme agitée* avec deux sous-formes cliniques graves : la paralysie générale *galopante* (12 p. 100 de cas) et celle ressemblant au *delirium tremens* ; 4° *forme démente* avec 40 p. 100 de cas. Enfin comme groupe à part il y a les paralysies générales *atypiques* avec localisation du processus dans la moitié du cerveau postérieur ; celle-ci comprend 15 p. 100 de cas de paralysie générale, selon Alzheimer.

La terminaison de la paralysie générale est habituellement fatale ; mais des rémissions peuvent survenir à toute période de la maladie ; la guérison semble exclue.

La paralysie générale serait due plutôt à des troubles de nutrition et partant les altérations du cerveau ne sont que les plus importantes manifestations de la maladie, mais non les seules ; à côté il y a des lésions des reins, des vaisseaux, du cœur, etc.

Il s'agit, dans cette maladie, d'une intoxication (*auto-intoxication*), pareille à celle du diabète, myxœdème, etc. etc.

La paralysie générale n'est pas une vraie affection syphilitique, il existe chez elle des troubles des échanges nutritifs, qui n'ont rien à faire avec la syphilis, et ceux-là aident à l'élaboration d'une toxine que l'on considère comme la cause dernière des altérations paralytiques.

Kraepelin s'oppose au traitement mercuriel chez les paralytiques généraux. Il a vu survenir chez un grand nombre de ces malades traités par le mercure un état de faiblesse de l'organisme progressive accompagnée de phénomènes d'agitation extrême.

En conséquence, l'auteur allemand ne recommande ce genre de traitement que lorsqu'on constate des signes visibles de la syphilis ou bien quand il s'agit d'une affection cérébrale syphilitique, si douteuse même qu'elle soit.

VII. — LA FOLIE DANS LES AFFECTIONS DU CERVEAU

(Das Irresein bei Hirnerkrankungen).

Multiplicité des troubles psychiques qui s'accompagnent des phénomènes d'excitation et de déficit. Leurs aspects cliniques tiennent à l'étendue, au siège et au genre de l'affection.

Kraepelin range dans ce groupe : 1° la *gliose de l'écorce* (de Fürstner), et à côté de celle-ci la *chorée de Huntington* et la *sclérose multiple* ; 2° les *troubles psychiques en fonction des affections syphilitiques, la syphilis héréditaire et la pseudo-paralysie générale syphilitique* ; 3° les *psychoses chez les tabétiques* ; 4° les troubles psychiques de l'artério-sclérose : l'atrophie artério-sclérotique, la démence post-apoplectique, l'encéphalite subcorticale chronique (Binswanger), la *gliose péri-vasculaire* et la *ruine cérébrale sénile* (Alzheimer) ; 5° les troubles psychiques des tumeurs cérébrales et des lésions circonscrites, abcès du cerveau, embolie, hémorragie, thrombose, etc. ; 6° les troubles psychiques liés aux traumatismes : le délire traumatique et la démence traumatique.

VIII. — LES PSYCHOSES DE L'ÂGE D'INVOLUTION

(*Das Irresein des Rückbildungsalters*).

A. — LA MELANCOLIE (*Die Melancholie*).

Etats morbides d'humeur anxieuse apparaissant à la période tardive de la vie, qui ne présentent rien des périodes des autres formes d'aliénation mentale.

En dehors du trouble affectif, on rencontre des idées délirantes à prédominance de culpabilité et de persécution, souvent aussi des troubles psycho-sensoriels vagues. La conscience n'est pas troublée.

On distingue dans la mélancolie des formes légères et des formes graves ; dans ces dernières le contenu des idées est empreint du cachet de l'absurdité. En cas d'affaiblissement psychique avancé apparaissent des idées de grandeur, des troubles de la conscience, etc., etc. ; fréquemment des tendances au suicide. Le pronostic de la maladie est douteux ; 33 p. 100 de cas guérison, dans 26 p. 100 incurabilité, dans 19 p. 100, mort.

B. — LE DÉLIRE DU PRÉJUDICE PRÉSÉNILE (*Der praesenile Beeinträchtigungswahn*).

Développement lent de faiblesse du jugement avec des idées de persécution variables et excitation sentimentale exagérée.

C. — LA DÉMENCE SÉNILE (*Der Altersblödsinn*).

Trait fondamental : *démence particulière à marche progressive*. Troubles considérables de la mémoire, sentimentalité disparue, excitation sexuelle, insomnie avec agitation, confabulation, etc., etc.

Une forme clinique spéciale de ce groupe est la *Presbyophrénie* : troubles de la mémoire de fixation, faiblesse du jugement, désorientation, confabulation, etc. Enfin sur le même terrain sénile on rencontre : des états de

dépression et délirants et le délire de persécution sénile.

IX. — LA FOLIE MANIACO-DÉPRESSIVE

(*Das manisch-depressive Irresein*).

Comprend d'un côté le domaine de la *folie périodique et circulaire*, de l'autre la *manie simple*.

La série des tableaux multiples conçus sous cette dénomination, bien qu'ils soient protéiformes en apparence, présentent tous cependant de mêmes traits fondamentaux. Il n'existe pas de médecin et il ne pourra jamais en exister, dit Kraepelin, capable de reconnaître, d'après le tableau clinique, qu'un cas donné appartient à la manie simple ou à la manie périodique ou bien à la folie circulaire.

1. — LES ÉTATS MANIAQUES (*Manische Zustände*).

La plus légère forme est l'*hypomanie* ou mania mitis, mitissima ou mania sine delirio.

Symptômes : Absence de suite, d'unité dans le cours des idées, assonances, fuite des idées, nécessité d'occupations (*Beschäftigungsdrang*), humeur enjouée, etc. Entre cette forme de manie légère et la forme furieuse il y a de variables transitions. La *manie furieuse* se caractérise par de la confusion intellectuelle, des idées délirantes et des troubles psychosensoriels. Enfin la *forme délirante* avec des troubles de la conscience, psycho-sensoriels et idées délirantes confuses.

2. — LES ÉTATS DÉPRESSIFS (*Depressive Zustände*).

Formes légères : *inhibition psychique simple ou accompagnée des troubles psychosensoriels et sans idées délirantes manifestes*. Symptômes de la forme légère : conception difficile, humeur dépressive, parfois idées obsessionnelles, manque d'activité, léger degré de sentiment de maladie, etc., etc.

Symptômes de la forme grave : stupeur, idées délirantes, surtout de culpabilité et de persécution ; enfin,

plus rarement, des troubles de la conscience, états crépusculaires, etc., etc.

3. — LES ÉTATS MIXTES (*Mischzustände*).

Association des symptômes appartenant aux deux formes antérieures. Suivant la multitude de combinaisons des symptômes on rencontre aussi de variables images cliniques.

La folie maniaco-dépressive est assez fréquente ; elle comprend 10 à 15 p. 100 des admissions. La prédisposition héréditaire joue un grand rôle : 80 p. 100.

La genèse de l'affection serait des perturbations du côté des échanges nutritifs ; c'est une conception qui reste encore vague d'ailleurs. La guérison est la règle ; jamais la démence ; souvent une suite d'accès ; ou encore le pronostic est troublé par suite de l'existence d'un terrain d'artério-sclérose.

X. — LA PARANOÏA

(*Die Verrücktheit*).

Suivant un grand nombre d'aliénistes, on groupé sous cette dénomination les psychoses fonctionnelles où les troubles se passent de préférence ou exclusivement du côté du domaine de l'intelligence. Cette conception, pour Kraepelin, est par trop élastique ; car on y rencontre des images cliniques de création pure symptomatologique et qui appartiennent plutôt à la démence paranoïde.

La vraie paranoïa se caractérise par le développement très lent d'un système délirant durable et inébranlable avec la conservation de la lucidité ainsi que de l'ordre dans la pensée, la volonté et les actes.

La période du début dure des années entières : humeur déprimée, soupçons, sensations hypocondriaques vagues, soupçons et pensée qui influencent à leur tour les perceptions, fausses interprétations, etc., etc. Avec le développement du délire de persécution marche de pair l'apparition des idées de grandeur.

L'inébranlabilité est un trait caractéristique du

délire, inébranlabilité qui repose, d'un côté sur l'état affectif, de l'autre sur un degré de faiblesse du jugement. La fréquence de la paranoïa est de 1 p. 100 des admissions.

La paranoïa originaria (Sander) et la *Paranoïa confabulatoria* ne sont que l'hébéphrénie démentielle.

Une autre forme de la maladie est la *paranoïa querulente* ayant comme trait particulier l'idée d'un préjudice légal et de la nécessité passionnée de lutter à outrance contre l'injustice présumée.

XI. — LA FOLIE ÉPILEPTIQUE

(*Das epileptische Irresein*).

La moitié des épileptiques aboutissent à la démence. Celle-ci se caractérise dans sa forme légère par : lourdeur et paresse des fonctions psychiques, « étroitesse psychique » (*Beschränktheit*), pauvreté du capital des idées, détails dans les récits, irritabilité, entêtement, instabilité pour le travail, etc., etc.

La marque des troubles de l'épilepsie est la *périodicité*. Comme troubles psychiques on rencontre : des idées délirantes variables avec humeur anxieuse et délire paranoïde sans troubles de la conscience; ensuite les états crépusculaires, somnambulisme, stupeur épileptique, délires anxieux, poriomanie, etc., etc. Enfin il y a encore l'*épilepsie tardive* qui se développe aussi sur le fond de l'artério-sclérose, cette dernière provoquée par l'alcoolisme. Une série de faits plaident en faveur d'une intoxication, que l'on soupçonnerait comme cause intime pathogénique de l'épilepsie.

XII. — LES NÉVROSES PSYCHOGÈNES

(*Die psychogenen Neurosen*).—

Naissance des manifestations morbides variables par voie psychique.

A. — LA FOLIE HYSTÉRIQUE (*Das hysterische Irresein*).

Etat psychique anormal dont la particularité consiste en ce que des modifications malades organiques sont

provoquées par des *représentations*. Le plus souvent ce sont des représentations à tonalité sentimentale intense dont le contenu est très peu clair. C'est la définition de Moebius, complétée par Kraepelin.

Le fondement propre aux troubles hystériques appartient aux sentiments. La mémoire et l'intelligence ne sont pas atteintes.

Caractère hystérique : Humeur labile, caprices, inconstance, exagération des mouvements d'expression, etc., etc.

Troubles morbides variables : somnambulisme, états crépusculaires, et variété d'autres troubles psychiques. Jamais de démence.

B. — LA NÉVROSE DE LA « FRAYEUR » (*Die Schreckneurose*).

Elle correspond à la frayeur-traumatique (Charcot) et à l'hystérie traumatique. Caractères : humeur triste, avec troubles anxieux variables, diminution du pouvoir de résistance organique et sentimental et incapacité pour tout effort sérieux.

C. — LA NÉVROSE D'ATTENTE (*Die Erwartungsneurose*).

Groupe nouveau figurant pour la première fois dans cette nouvelle édition de l'œuvre.

Les troubles psychiques se développent sur le fond de l'*attente anxieuse*. L'*akinesia algida* de Moebius est la forme intensivement développée de cette névrose d'attente. La prédisposition joue un rôle important.

XIII. — LES ETATS PATHOLOGIQUES ORIGINAIRES

(*Die originären Krankheitszustände*).

Les manifestations psychiques ne sont ici que l'*émanation d'un état psychopathique congénital*. C'est la dégénérescence et la folie des dégénérés des auteurs français.

A. — LA NERVOSITÉ (*Die Nervosität*).

Diminution de la résistance vis-à-vis des atteintes (nocives) de la vie et manque d'une mesure proportionnée dans le développement de l'entière personnalité psychique.

B. — HUMEUR DÉPRESSIVE CONSTITUTIONNELLE
(*Die konstitutionnelle Verstimmung*).

En permanence tonalité sentimentale troublée dans toutes les manifestations de la vie.

C. — EXCITATION CONSTITUTIONNELLE
(*Die konstitutionnelle Erregung*).

Etats de dégénérescence qui se caractérisent par une excitation psychomotrice légère et durable.

D. — LA FOLIE OBSÉDANTE (*Das Zwangsirresein*).

Comprenant de variables formes cliniques connues : érytrophobie, délire du toucher, agoraphobie, claustrophobie, etc., etc.

E. — LA FOLIE IMPULSIVE (*Das impulsive Irresein*).F. — LES PERVERSIONS SEXUELLES
(*Die geschlechtlichen Verirrungen*).

Comme point de départ des perversions est l'onanie, état pathologique qui se caractérise en ce qu'il ne disparaît jamais, même avec l'âge mûr. Autres formes de perversions : exhibitionnisme, fétichisme, sadisme, etc., etc.

XIV. — LES PERSONNALITÉS
PSYCHOPATHIQUES

(*Die psychopathischen Persönlichkeiten*).

Nouveau chapitre, dont l'étude appartient plutôt aux domaines extra-psychiatriques. Cependant des recherches entreprises sur ce groupe d'individus psycho-

pathiques permettront indubitablement l'approfondissement de la doctrine sur l'essence de la nature de l'homme.

Tandis que les prédisposés des groupes décrits ci-haut étaient sujets à des troubles psychiques graves et frappants, ici, les personnalités psychopathiques sont exemptes de tout trouble, elles restent les mêmes pendant toute leur vie.

A. — LE CRIMINEL-NÉ (*Der geborene Verbrecher*).

Emoussement moral congénital.

B. — LES INSTABLES (*Die Haltlosen*).

Affaiblissement de la volonté marquant leur vie entière. Ils ne peuvent pas vouloir. Un grand nombre de vagabonds appartiennent à ce groupe.

C. — LE MENTEUR ET LE CHARLATAN PATHOLOGIQUES
(*Die krankhaften Lügner und Schwinder*).

Hypervivacité de l'imagination, fidélité défectueuse des souvenirs et instabilité du sentiment et de la volonté.

D. — LES PSEUDO-QUÉRULENTS (*Die Pseudo-querulanten*).

XV. — LES ARRÊTS DU DÉVELOPPEMENT
PSYCHIQUE

(*Die psychischen Entwicklungshemmungen*).

Développement incomplet ou précocement interrompu de la vie psychique.

A. — L'IMBÉCILLITÉ (*Die Imbecillität*).

B. — L'IDIOTIE (*Die Idiotie*).

Comprenant une innombrable variété de formes cliniques et anatomo-pathologiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1906

Présidence de M. MARCEL BRIAND.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Membres correspondants présents : MM. Lapointe, Larroussinie, Gimbal, Piéron, Thivet, Trenel, Vurpas.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dupain, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Marandon de Montyel, remerciant la Société des félicitations qu'elle lui a fait adresser à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur ;

3° Des lettres de MM. Revertegat et Capgras remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

4° Une lettre du Dr Page, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Vallon et Vigouroux, rapporteur ;

5° Une lettre du Dr Bombarda contenant des renseignements sur le XV^e Congrès de médecine de Lisbonne.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le premier numéro de l'*Encéphale* ;

2° La *Revue de l'hypnotisme*, numéro de février ;

- 3° Les *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*;
 4° *Le Droit médical*, numéro de février.

Mort de M. Gilbert Petit.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort d'un membre correspondant, notre collègue, le Dr Gilbert Petit, qui a succombé à une pneumonie infectieuse. Il adresse à M^{me} Petit mère les condoléances respectueuses de toute la Société.

Rapport de la Commission des finances.

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société, au 31 décembre 1904, était de. Fr. 4.853 54

Nos recettes en 1905 ont été de. 2.926 30

Total. 7.779 84

Les dépenses ont été de. Fr. 3.962 60

Reste un excédent global de. 3.817 24

Pour les différents comptes nous trouvons :

Prix Aubanel. Fr. 3.111 60

Prix Belhomme. 1.100

Prix Moreau (de Tours). 200

Total. 4.411 60

Quant aux comptes de la Société, par suite de l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 effectué en 1905, il se balance de la manière suivante :

Recettes. Fr. 2.668 24

Dépenses. 3.262 60

Excédent de dépenses. 594 36

Ce qui ramène l'excédent net de recettes au 31 décembre 1905 à 4.411 fr. 60 — 594 fr. 36 = 3.817 fr. 24.

La Société médico-psychologique dispose annuellement de 1.766 francs de rentes, savoir :

Société médico-psychologique. . Fr. 566

Prix Aubanel. 800

Prix Belhomme. 300

Prix Moreau (de Tours). 100

Total. 1.766

Messieurs, votre Commission vous propose d'approuver les comptes de notre trésorier, et de lui voter des remerciements.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés à M. le trésorier.

Etude nosologique et pathogénique du délire des négations,

par MM. G. DENY et PAUL CAMUS.

Les considérations nosologiques et surtout pathogéniques, relatives au délire des négations, que nous désirons vous soumettre, nous ont été inspirées par l'étude clinique de deux malades de la Salpêtrière, atteintes toutes deux depuis plus d'un an de cette variété de délire, avec cette différence toutefois que chez l'une, les *idées de négation* sont limitées à son *existence corporelle* et chez l'autre à son *existence intellectuelle*.

Voici d'abord brièvement résumée l'histoire de nos deux malades :

Obs. I. — Délire de négation corporelle.

G. A..., trente ans, entrée à la Salpêtrière (Section Rambuteau) le 20 mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter du côté des ascendants. La malade est l'aînée de six enfants ; sa sœur cadette a été soignée dans le courant de l'année 1905 à la Salpêtrière, dans le service de M. Déjerine, pour des idées hypochondriques à forme obsédante, elle en est sortie guérie. Les autres enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, s'est développée normalement, a fréquenté l'école jusqu'à treize ans. Apprenait facilement, était considérée comme très intelligente. A sa sortie de l'école n'a pas été mise en apprentissage, a été gardée par sa mère pour l'aider aux soins du ménage. A été très gâtée, était très coquette, parlait volontiers de ses avantages physiques, était fière de sa taille, etc.

N'a pas eu d'autre maladie que la rougeole à quatre ans. Réglée à quinze ans et demi.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté au commencement de l'année 1905 ; G... a commencé par dire qu'elle n'avait plus la bouche à sa place, constamment elle se

regardait dans une glace, prenait son menton avec ses mains et cherchait à le ramener dans une bonne position. En même temps son caractère s'aigrissait, elle ne supportait aucune observation, restait volontiers sombre et sans prononcer une parole pendant des journées entières. Bientôt elle refusa de manger, de se laver, de s'habiller; elle s'écorchait le visage avec ses mains, disait qu'elle n'avait plus que quelques jours à vivre, que ce n'était pas la peine de la conduire à l'hôpital, etc. C'est alors que sa mère l'amena à la consultation de M. Déjerine qui prit G... dans son service dans les premiers jours du mois de mai.

Au lieu de s'améliorer, l'état de la malade s'aggrava et elle manifesta bientôt des idées de suicide en raison desquelles elle fut transférée le 20 mai dans le service de l'un de nous.

Dans les jours qui suivent son entrée, G... ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse, n'exécute aucun des mouvements qu'on lui commande, ne donne pas la main, ne tire pas la langue, etc. Elle résiste aux mouvements de flexion, d'extension qu'on cherche à imprimer à ses membres. Elle reste toute la journée immobile, la tête demi-fléchie, se tenant le menton avec ses deux mains comme pour empêcher sa mâchoire de se décrocher. Elle ne veut rien garder sur elle, pas même sa chemise; ses yeux grands ouverts sont obstinément fixés sur son corps, le plus souvent nu. On a beaucoup de peine à lui faire accepter quelques aliments.

Malgré la force d'inertie qu'elle oppose à tout examen, on parvient à constater que G... ne présente aucun trouble de la motilité, de la sensibilité cutanée dans ses différents modes et des diverses sensibilités spéciales. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux et on ne constate aucune altération des fonctions respiratoire, digestive, circulatoire, etc. Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines. La température est normale : un jour ou deux seulement, elle a atteint 38°1.

Les seuls mots que l'on obtient de G... à la suite d'injonctions réitérées sont « qu'elle n'a plus de figure, plus de visage, plus de bouche, plus de corps, il ne lui reste que les mains, les pieds et les jambes ». Tout cela est dit d'un ton maussade, avec une mauvaise humeur évidente. On ne peut pas la décider à enlever les mains qui recouvrent sa bouche et son menton et lorsqu'on cherche à les lui retirer, sa mauvaise humeur augmente : « Laissez-moi tranquille, dit-elle, vous voyez bien que je n'ai pas de corps, pourquoi me faire souffrir, je suis morte, mais je ne meurs pas comme tout le monde. »

D'autres fois elle dit : « Ne me touchez pas, vous me rendez plus d'horreur, vous voyez bien que je n'ai plus de corps, vous me l'avez pris, sale bête, c'est honteux. »

Si on lui présente un miroir, elle le repousse des mains, mais n'en jette pas moins des regards à la dérobée sur lui et dit : « Quelle horreur, est-il possible d'être aussi laide ;.... je suis propre, je n'ai plus de bouche, plus de dents, je ne devrais pas parler, je suis un petit nabot, autrefois j'étais très grande, etc. »

Ajoutons que pendant des heures entières, G..., si on la laisse faire, va se placer, nue ou la chemise relevée jusqu'au menton, en face d'une porte vitrée, dans laquelle elle se mire et se contemple, en proférant de temps en temps les plaintes et les lamentations rapportées plus haut.

Il faut noter que ces plaintes et ces lamentations sont toujours relatives à l'état actuel ou à l'état antérieur de G..., jamais à son avenir. Elle dit par exemple : « J'étais mieux que cela hier, j'étais mieux que cela tout à l'heure, je suis encore plus d'horreur » ; ou bien, lorsqu'il lui arrive de changer de position, de se lever, etc., elle répète à diverses reprises : « Je n'aurais pas dû bouger, je n'aurais pas dû me lever, me voici encore plus d'horreur. » De même si on la touche, si on déplace un de ses membres, elle s'emporte, devient agressive et dit qu'on le fait exprès pour la rendre plus d'horreur. Jamais il ne lui arrive de faire allusion à ce qu'elle sera le lendemain ou les jours suivants.

L'état mental de G..., dont nous venons de donner un court aperçu, s'est maintenu identiquement le même depuis le jour de son entrée jusqu'à aujourd'hui (février 1906). Actuellement, comme lors de son entrée, il est impossible de lui faire garder une chemise. Elle se couche nue entre ses draps et lorsqu'elle quitte son lit, c'est pour aller s'exposer à la chaleur du poêle, car puisqu'elle est morte, qu'elle n'a plus de corps, il faut la brûler. On doit exercer sur elle une surveillance de tous les instants pour l'empêcher de se brûler ; continuellement elle cherche à introduire ses pieds ou ses mains entre les barreaux de l'entourage du poêle pour se brûler plus sûrement. « Foutez-moi vite dans le feu, dit-elle, que je brûle. »

Pendant les mois d'été, alors qu'il n'y avait pas de feu, elle répétait volontiers qu'il fallait la jeter aux cabinets, et à diverses reprises également, elle a cherché à s'introduire dans la cuvette des waters-closets.

Durant les mois de juin, de juillet et d'août, G... a refusé obstinément la nourriture, il a fallu pendant toute cette période l'alimenter à la sonde ou à la cuillère. Pendant le mois de septembre, elle est devenue gloutonne et vorace, elle dérobait le pain des autres malades et semblait n'être jamais rassasiée. Actuellement elle mange raisonnablement et a bon appétit car elle réclame instamment des aliments quand approche l'heure

des repas. Elle devient alors soumise et câline pour qu'on satisfasse plus vite ses désirs, elle se montre en outre très sensible aux friandises; ce qui ne l'empêche pas de dire après avoir mangé: « Suis-je bête, je n'ai pas de corps et je mange, je n'ai pas de bouche et je parle; je ne devrais pas manger, je ne devrais pas parler: je vais être encore plus d'horreur. »

Les convictions délirantes de G... se rapportent exclusivement à sa constitution physique; à son existence corporelle. Lorsqu'on lui dit, par exemple: « Si vous n'avez plus de corps, vous avez du moins toute votre intelligence... », elle répond: « Foutez-moi la paix avec votre intelligence, cela m'est bien égal, je n'ai plus de corps, il n'y a pas de plus grand malheur que de ne pas avoir de corps. Vous faites le malin parce que vous avez un corps. Si le bon Dieu pouvait faire un miracle, il me donnerait le corps de T... (nom d'une autre malade), — ou bien si ma mère qui m'a donné mon corps pouvait m'en refaire un! »

La lucidité de G... est entière — les objets ou les personnes qui l'entourent ne lui apparaissent ni changés, ni modifiés, elle les voit tels qu'ils sont; elle n'y prête du reste qu'une attention modérée, toutes ses préoccupations étant concentrées sur sa seule et unique personnalité. Malgré cela, elle ne prend aucun soin d'elle-même, ne veut pas qu'on la lave, la coiffe, etc., et satisfait ses besoins là où elle se trouve.

Elle reconnaît ses parents lorsqu'ils viennent la voir, mais reste en réalité indifférente à leurs visites: « Tu vois, Aline, dit-elle à sa sœur, il faudrait qu'on brûle la robe que j'ai sur moi pour être comme toi. Laisse-moi, je vais aller me brûler. Mon Dieu que je suis à plaindre, c'est un drôle de cas. Je me vois bien, je mange de trop et je n'ai plus rien. Est-ce que le bon Dieu devrait permettre des choses pareilles? Mes sœurs ont un corps, maman aussi, moi je n'ai plus rien. »

Comme on le voit G... se borne à constater qu'elle n'a plus de corps et à le déplorer du matin au soir, mais jamais elle n'a accusé personne de lui avoir pris son corps. Jamais non plus elle n'a dit un seul mot qui puisse faire supposer qu'elle considère la perte de son corps comme la punition ou le châtiment de fautes commises par elle; elle n'a somme toute aucune idée de persécution, ni d'auto-accusation. Elle n'a jamais non plus présenté d'hallucinations.

En outre de sa stéréotypie akinétique qui consiste à s'immobiliser le menton pendant des heures entières avec les deux mains, G... en a une autre, celle-ci kinétique, qui est caractérisée par des mouvements rythmés de haut en bas des deux pouces de chaque côté du sternum à la hauteur des seins. Quand on lui demande la raison de ce mouvement, elle le jus-

tifie comme celui du maintien de son menton, en disant que c'est pour essayer de faire revenir son corps.

Ajoutons, en terminant, qu'à différentes reprises l'humeur hargneuse et facilement agressive de G... s'est traduite par des voies de fait à l'égard du personnel ou des autres malades.

OBS. II. — Délire de négation intellectuelle.

D. L..., trente-six ans, institutrice, entrée à la Salpêtrière (section Rambuteau) le 4 mars 1905.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle morte paralysée et en démence à soixante-trois ans. Grand'mère paternelle s'est suicidée à trente-deux ans par asphyxie. Père soixante-trois ans, bien portant. Mère morte à cinquante-sept ans de fièvre typhoïde. Huit enfants dont quatre sont morts en bas-âge; la malade est l'aînée. Une sœur cadette a eu des accès de neurasthénie. Une autre a un goitre exophtalmique.

Antécédents personnels. — Normale dans l'enfance et dans l'adolescence. Très intelligente, a énormément travaillé, nous dit son père, pour être institutrice (a eu son brevet supérieur avec dispense d'âge à quinze ans et demi), suivait continuellement des cours, passait tout son temps à lire et à écrire, ordinairement enjouée et affectueuse, mais jalouse et très orgueilleuse. Elle éprouva beaucoup de chagrin à la mort de sa mère, il y a trois ans; à partir de ce moment elle devient triste, mais continue cependant à travailler et à donner des leçons tout en s'énervant, en se tourmentant beaucoup. Au mois d'août 1904, elle se présenta à la consultation du D^r Déjerine et fut admise dans son service.

Au début de son séjour chez M. Déjerine, l'état de D... parut s'améliorer un peu; mais bientôt sa tristesse et son anxiété s'accrurent, elle se piquait avec des épingles pour s'empêcher de dormir, parlait de boire de l'eau croupie pour contracter la fièvre typhoïde. En présence de ces idées de suicide, la malade fut transférée dans notre service (mars 1905).

Etat actuel. — Complètement lucide et consciente, D... nous fait le récit suivant : « Quand je suis entrée chez M. Déjerine je ne souffrais que de l'estomac. On m'a dit pour me rassurer que ce n'était rien, qu'il ne fallait pas m'énervier et l'on m'a bien recommandé de ne penser à rien. Les premiers jours je me suis efforcée d'obéir, mais je n'y ai pas réussi; c'est alors que j'ai commencé à m'énervier et moins je réussissais à ne penser à rien plus je m'énervais. Peu à peu j'en suis arrivée à l'état dans lequel vous me voyez aujourd'hui; je n'ai plus d'âme, plus d'intelligence, plus de sensibilité, plus de volonté, je me suis complètement détruite moralement, je suis un être abject,

irréremédiablement perdu. Tout ce que vous pourrez faire pour me sauver ne servira à rien — jamais je ne guérirai, etc. » Puis la malade se met à fondre en larmes.

Les jours suivants, elle nous répète les mêmes plaintes et se montre complètement rebelle à toutes les exhortations, à toutes les paroles d'encouragement qu'on lui adresse.

Depuis un an bientôt qu'elle est dans le service, l'état mental de D... ne s'est pas modifié. Elle ne présente aucun trouble somatique appréciable, aucun trouble objectif des diverses sensibilités. Toutes les fonctions viscérales sont normales. Il n'existe aucune altération quantitative ou qualitative des urines.

D... n'est ni affaiblie, ni confuse; son jugement seul est altéré ainsi que son sens critique. C'est chez elle une conviction absolue, que rien ne peut entamer, qu'elle s'est détruit la santé moralement, qu'elle a perdu toutes ses facultés intellectuelles, qu'elle n'est plus capable de rien et ne guérira jamais. Elle reconnaît d'ailleurs spontanément et le proclame volontiers que c'est absurde de s'être ainsi énervée. Mais elle est convaincue de la réalité de sa destruction et ne peut admettre que ce n'est pas un fait accompli. Elle ne convient pas un seul instant qu'elle est dominée par une idée morbide à laquelle elle ne peut se soustraire. Ce caractère seul suffit à la différencier de la véritable obsédée. Il s'agit bien d'une conviction délirante, solidement ancrée dans le cerveau, qui constitue un état obsédant, mais non une obsession au sens psychiatrique du mot.

Voici comment ces jours derniers elle nous dépeignait encore son état d'âme. « J'aimerais mieux avoir assassiné quelqu'un que d'être comme je suis. Sur la terre tout entière je changerais avec n'importe quel être, avec la femme la plus abjecte. Si abjecte qu'elle soit, elle a encore une âme. Elle peut regarder le ciel.....

« Et je vous dis tout cela sans émotion, je n'ai plus d'émotion, plus rien...

« J'ai joué avec ma sensibilité, autrefois j'éprouvais une jouissance à pleurer ma mère, maintenant cela ne me fait plus rien. J'ai beau penser à ma mère, rien... rien...

« Soit que mon cerveau ait changé de consistance, soit qu'il se résorbe lentement, qu'il n'occupe plus qu'une partie de la boîte crânienne, qu'il soit gélatineux, de toutes façons je sens le travail qui s'y fait...

« Je suis comme quand on a peur, mais j'ai peur physiquement et pas moralement.

« Je suis continuellement dans l'état de quelqu'un qui a peur, c'est là ma plus grande souffrance, souffrance physique, pas morale, oh! pas morale!

« Toute ma peau est comme recouverte d'une couche de collodion. Et puis ma peau change, elle s'épaissit. Et puis j'ai toujours comme la chair de poule, la peur physique. »

En réalité, malgré ses dénégations, D... a conservé non seulement sa lucidité, son orientation, sa conscience, etc., mais encore toute sa mémoire; elle peut réciter sans faute des morceaux de poésie appris autrefois, répondre avec exactitude aux questions d'histoire ou de géographie qu'on lui pose, résoudre un problème d'arithmétique, dessiner, etc.

Elle n'en reste pas moins toute la journée inoccupée, indifférente à tout ce qui se passe dans le service, ne prenant jamais part aux distractions, aux jeux des autres malades. Elle ne désire pas davantage les visites de ses parents qu'elle tend depuis quelque temps à rendre en partie au moins responsables de son état.

Elle leur reproche de n'avoir pas été assez affectueux: « Si mes sœurs m'avaient comprise, nous dit-elle, elles m'auraient envoyé des fleurs avec des violettes et je ne serais pas ici. Elles auraient pu me sauver en me disant des paroles tendres... »

Après les observations qu'on vient de lire, il nous semble suffisamment établi, pour qu'il soit inutile d'y insister, que ce sont des *idées de négation* qui ont occupé et qui occupent encore actuellement le premier plan de la scène morbide chez nos deux malades. Il importe toutefois, avant d'aborder la discussion du problème pathogénique, particulièrement visé dans ce travail, de préciser les caractères intrinsèques et extrinsèques de ces idées, et de déterminer la place nosologique qu'il convient de leur attribuer.

Chez notre première malade, comme on le sait, les idées de négation existent à l'état isolé et se rapportent exclusivement à sa *constitution physique*: elle n'a plus de visage, plus de bouche, plus de langue, plus de corps, plus rien. Les convictions délirantes de la seconde sont, au contraire, limitées à sa *constitution psychique*: elle n'a plus d'intelligence, plus de volonté, plus de sensibilité, elle est pire qu'une idiote. Cette malade présente en outre quelques *idées de culpabilité* dérivées des précédentes: si elle a perdu ses facultés intellectuelles, si son cerveau est détruit, c'est parce qu'elle s'est « énervée », parce qu'au lieu « de ne penser à rien », comme on le lui avait recommandé à son entrée dans le service de M. Déjerine, elle a continué

à se désoler, à se lamenter sur son état, ce qu'elle se reproche aujourd'hui comme un crime monstrueux.

On voudra bien remarquer que chez nos deux malades les idées de négation ont été *primitives*, en ce sens qu'elles n'ont été précédées par aucune autre conception délirante. En outre, ces idées ne se sont pas modifiées depuis le début de l'affection qui remonte déjà à plus d'une année ; elles sont formulées tous les jours dans les mêmes termes et accompagnées des mêmes lamentations. Elles sont donc *stables* et *stéréotypées* ; elles sont en outre *raisonnées* et *systématisées*, car elles orientent toute la manière d'être et la conduite de nos malades. La première, celle qui a un délire de négation corporelle, nous dit qu'elle ne devrait pas parler puisqu'elle n'a pas de langue, pas manger puisqu'elle n'a pas de corps, etc.

La seconde, dont les idées négatives sont circonscrites à ses facultés intellectuelles, passe ses journées dans l'inaction la plus complète, ne lit jamais ni un livre, ni un journal, bien qu'elle soit très instruite, sous le prétexte qu'elle ne peut rien faire, qu'elle est incapable de quoi que ce soit, puisqu'elle n'a plus de cerveau, et elle ajoute qu'elle ne guérira jamais quoi qu'on fasse.

Toutes les deux présentent, en outre de leurs conceptions délirantes, des *troubles émotionnels* caractérisés par leur mimique et par des plaintes et des lamentations incessantes qu'elles interrompent seulement pour exalter les mérites de leur ancienne personnalité : G... demande en grâce du matin au soir qu'on la jette aux cabinets, qu'on la brûle, puisqu'elle n'a plus de corps, qu'elle est morte. « Les autres, nous dit-elle, ont un corps, ils sont bien heureux, il n'y a pas de plus grand malheur que d'avoir perdu son corps. Le mien était si beau ; maintenant il me fait horreur ! Si seulement vous pouviez me donner votre corps, ou si ma mère pouvait m'en refaire un ! »

D... se plaint également à vanter son ancienne intelligence, ses succès universitaires, le nombre de ses élèves, sa facilité à apprendre, à composer des pièces de vers, etc. etc... Maintenant elle se dégoûte elle-même, elle est un monstre et il n'y a pas de démente, si

décline soit-elle, dans le service, dont le sort ne lui semble préférable au sien. Il n'y a pas de plus grande criminelle qu'elle !

Ajoutons, sans y insister, qu'à diverses reprises nos malades se sont fait remarquer par leur *refus plus ou moins prolongé d'aliments* et par leurs *tendances auto-mutilatrices et suicides*.

On trouve donc réunis chez elles les principaux éléments du délire des négations si magistralement décrit par Cotard. Il est vrai qu'on ne constate pas ici d'idées d'immortalité, de damnation, d'énormité, etc...; mais on sait que ces conceptions délirantes n'ont qu'une importance relative, et qu'elles peuvent manquer, sans qu'on soit, pour cela, en droit de rejeter l'existence du syndrome de Cotard.

Il en est de même des troubles de la sensibilité, notamment de l'analgésie, qui serait plus apparente que réelle, les tendances négatives de ces malades les portant à nier la douleur, même quand ils l'ont perçue (Séglas).

Quoi qu'il en soit, si l'on admet, avec M. Séglas et la plupart des auteurs, que les idées de négation, à la condition qu'elles soient *raisonnées* et *non automatiques*, constituent l'élément fondamental et vraiment caractéristique du syndrome de Cotard, les détails rapportés plus haut montrent que c'est bien à ce syndrome que doit être rattaché le complexe symptomatique de nos malades. Mais à quelle variété de ce syndrome avons-nous affaire ?

Les deux plus importantes sont, on le sait, la variété *mélancolique* et la variété *hypocondriaque*.

Leurs caractères distinctifs ont été bien mis en relief par M. Séglas auquel nous les empruntons :

Dans la première le délire, les idées de négation, seraient *secondaires* aux troubles émotionnels et abouliques qui constituent l'essence même de la mélancolie ; dans la seconde le délire serait *primitif* et les troubles émotionnels en seraient seulement des expressions réactionnelles.

Dans la variété mélancolique, les idées de négation auraient surtout pour objet la *constitution psychique*, les *facultés affectives et morales* ; dans la variété hypo-

condriaque, elles seraient limitées à la *constitution physique* et ne s'accompagneraient pas des autres éléments du syndrome (idées de damnation, d'immortalité, etc.).

On constaterait enfin chez les négateurs mélancoliques des *sentiments d'humilité* bien différents de ceux d'*autophilie*, d'*exagération du moi*, qui caractérisent les négateurs-hypocondriaques ; tandis que les premiers sont toujours *passifs* et *résignés*, les seconds *luttent*, se *défendent* et *conservent*, comme les délirants systématisés, *toutes les apparences de la raison*.

En un mot, et c'est là la conclusion importante de M. Séglas, le délire de négation serait, tantôt consécutif à un accès de mélancolie qui se transformerait en une sorte de *paranoïa secondaire*, et tantôt constituerait d'emblée une variété de *paranoïa primitive*, fort bien décrite par cet auteur sous le nom de *folie systématisée primitive hypocondriaque*.

Sans insister davantage sur cette distinction nous croyons, en nous fondant sur les caractères différentiels précédents, pouvoir ranger l'affection de nos deux malades dans la variété hypocondriaque. Ni l'une, ni l'autre, en effet, ne sont des humbles ou des résignées ; ce sont au premier chef des actives et des autophiliques ; ce n'est pas l'avenir qui les préoccupe, mais le présent, et si elles veulent mourir, c'est avec ostentation, « pour qu'on fasse des expériences sur leur corps, etc. ». Enfin dans l'intervalle de ses paroxysmes anxieux D... se laisse suffisamment distraire de l'objet de ses conceptions délirantes, pseudo-mélancoliques, pour pouvoir parler sur toutes choses raisonnablement.

Si la psychopathie de l'une relève plus directement de l'*hypocondrie physique*, celle de l'autre correspond à ce que Guislain et surtout J. Falret avaient remarquablement décrit sous le nom d'*hypocondrie morale*. Mais si nosographiquement ces deux affections peuvent être différenciées, nous croyons — et c'est l'avis qu'à exprimé M. Régis (1) au Congrès de Rennes — qu'au point de vue nosologique elles doivent être rapprochées

(1) Régis. In *Rev. de Neurologie*, 1905, p. 830.

et confondues, car, comme nous allons essayer maintenant de le démontrer, elles reconnaissent très vraisemblablement le même facteur pathogénique.

Pour la clarté de cette exposition nous examinerons séparément la genèse des *idées de négation corporelle* véritablement *hypocondriaques*, de notre première malade, et celle des *idées de négation intellectuelle*, plus communément rapportées à la *mélancolie*, de la seconde.

Nous rappelons, pour ne plus y revenir, que nos deux malades ne présentent aucun trouble des fonctions organiques, que leur sensibilité est conservée dans tous ses modes (tact, température, douleur, pression, etc.) ainsi que leurs sensibilités spéciales (ouïe, vue, goût, odorat), et que les seules altérations de la santé générale, d'ailleurs légères, appréciables chez elles (pâleur des téguments, amaigrissement, etc.) sont manifestement secondaires à leurs troubles psychiques.

Ces constatations faites, il nous faut aborder l'étude de la sensibilité interne, de la cénesthésie, puisque de l'avis de tous, psychologues et médecins, ce sont des altérations de cette sensibilité qui sont à l'origine de tous les changements de notre personnalité. Mais comme dans l'espèce il s'agit non pas d'un changement, mais d'une suppression, d'un anéantissement physique ou moral de cette personnalité, on ne peut songer qu'à une disparition, une abolition de la sensibilité interne, à une *acénesthésie* en un mot, dont il est intéressant de préciser l'*origine*, la *nature* et le *mécanisme*.

La tendance actuelle d'un certain nombre d'auteurs, tendance qui s'est encore affirmée au récent Congrès de Rennes, semble être de considérer cette acénesthésie, partielle ou totale, comme étant d'origine périphérique. Les malades nient leurs organes, dit M. Régis, parce qu'ils ont une *véritable anesthésie viscérale* constatable chez beaucoup par un manque absolu de réactions des muqueuses aux divers excitants (1). Les exemples d'anesthésie viscérale périphérique vraie ne sont peut-être pas aussi communs chez les aliénés ni aussi fa-

(1) Régis. *Précis de Psychiatrie*, 3^e édit., p. 505.

ciles à mettre en évidence que semble le croire M. Régis.

En tout cas rien n'autorise à admettre l'existence de cette anesthésie chez les négateurs..

Il n'est pas douteux, en effet, que chez les sujets qui nient systématiquement l'existence de leurs organes, la sensation de la faim ne soit conservée aussi bien que celle de la soif, que le besoin de la miction, de la défécation, celui de respirer, etc. S'ils refusent assez souvent les aliments, ce n'est pas parce qu'ils ont une anesthésie de la muqueuse gastrique; de même s'ils gâtent, ce n'est pas parce qu'ils ont une anesthésie rectale ou vésicale, mais parce qu'en raison de leur délire, ils s'imaginent qu'ils ne doivent ni manger, ni boire, ni aller à la selle, puisqu'ils n'ont pas de bouche, pas d'estomac, pas d'intestin, etc.

S'ils réagissent peu ou pas lorsqu'on leur introduit une sonde dans l'estomac, ce n'est pas, comme incline à le croire M. Régis, parce qu'ils ont une anesthésie des muqueuses pharyngienne et œsophagienne, mais parce que leurs tendances négatives, leur *folie d'opposition*, les portent à nier systématiquement toutes leurs sensations, agréables ou désagréables.

G... connaît très bien l'heure des repas et réclame instamment ses aliments lorsqu'on tarde à les lui donner : « Apportez-moi à manger », dit-elle, d'une voix douce et câline, qui contraste avec le ton habituel de ses plaintes ; il est vrai qu'elle ajoute immédiatement après : « Suis-je bête, je n'ai pas de bouche et je parle — je ne devrais pas parler — je ne devrais pas manger — je vais être encore plus d'horreur!.. »

Cette conservation du sentiment de la faim et de la soif et des différents besoins organiques physiologiques, en même temps que l'absence de troubles objectifs de la sensibilité, de troubles de la dépuración urinaire, etc., prouvent que les différents organes dont les négateurs s'entêtent à nier l'existence fonctionnent normalement.

Et comme il n'y a pas non plus de raisons valables pour supposer que les excitations parties non seulement de ces organes, mais des os, des articulations, des muscles, etc., ne sont pas transmises régulièrement au cerveau, puisque les voies centripètes, nerveuses et médul-

lares sont indemnes, il faut admettre que chez les négateurs de leur moi physique, ce n'est ni l'*existence*, ni la *transmission* des sensations organiques qu'il faut incriminer, mais leur *perception*, c'est-à-dire leur élaboration par les neurones les plus élevés, ceux qui constituent le moi (Grasset). Il s'agit donc d'un trouble exclusivement *central, cortical*, et non *périphérique, viscéral*, comme le croit M. Régis, de la sensibilité organique, de la cénesthésie.

Il nous reste maintenant à examiner la *nature* et le *mécanisme* de ce trouble.

Dans l'espèce, c'est-à-dire dans les cas de psychose pure que nous avons en vue ici, ce trouble ne peut être que l'expression d'une *insuffisance fonctionnelle*, d'une *inhibition* de la région de l'écorce où sont fixées et enregistrées les images des sensations organiques, c'est-à-dire des *centres cénesthésiques*.

Grâce aux nombreuses voies d'association qui relient entre elles toutes ces images, il se forme un vaste concept dont les différentes parties sont invariables dans leurs rapports réciproques comme les différentes parties du corps et solidaires les unes des autres. C'est ce concept, cette représentation corticale de notre moi physique, de notre existence somatique, désignée communément en Allemagne sous le nom de *somatopsyché*, qui est évoqué *in toto* dans la conscience chaque fois qu'une impression interne ou externe (1) vient ébranler nos centres cénesthésiques. L'inhibition de ces centres est donc fatalement suivie de l'abolition plus ou moins complète de cette faculté d'évocation, de représentation de nos organes, de nos membres, de notre corporalité. Ne pouvant plus être objectivées, les différentes parties de notre corps ne nous apparaissent plus qu'à l'état

(1) Wernicke et Storck ont démontré que nos perceptions d'origine externe ou sensorielle se composent d'un élément *spécifique* et d'un élément *organique* et que cet élément *organique* avait le pouvoir d'évoquer dans la conscience le système entier des images mémorielles des organes somatiques, du concept du corps, à l'égal des sensations organiques pures, indépendantes de tout stimulus externe. Voir à ce sujet : *Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps*, par G. Deny et Paul Camus, in *Rev. de Neurologie*, 15 mai 1905.

d'ombres ou de fantômes ; elles manquent de réalité, et de là à mettre en doute ou à nier leur existence, il n'y a qu'un pas et ce pas est vite franchi, pour peu que la constitution psychique du sujet le prédispose au développement d'idées délirantes.

En somme, pour revenir à notre première malade, nous croyons que si elle a la conviction inébranlable de ne plus avoir de corps, malgré la conservation de sa lucidité, de son orientation, de ses facultés logiques, etc., malgré aussi le témoignage contradictoire de ses sens, vue, toucher, etc., c'est parce qu'elle a perdu la faculté d'évoquer, de se représenter ses formes corporelles par suite de l'*inhibition* de ses *centres cénesthésiques*. Il y a donc chez elle un *trouble cortical* *à ou hypo de la cénesthésie*, une *hypo* ou une *afonction de la somatopsyché* des auteurs allemands.

Quoique basée sur les mêmes données psycho-physiologiques, l'interprétation des *idées de négation intellectuelle* de notre seconde malade est un peu plus délicate et soulèvera sans doute quelques objections.

L'*origine*, exclusivement centrale, du processus psychopathique étant ici hors de cause, c'est seulement sa *nature* que nous discuterons.

Pour résoudre ce dernier problème, il est nécessaire d'admettre avec Meynert, Wernicke, MM. Richet, G. Dumas, Sollier, etc., que le cerveau a une sensibilité propre et que nous avons le sentiment de son fonctionnement, comme nous avons celui de nos autres viscères. En d'autres termes, l'activité propre du cerveau ne nous est pas plus inconnue que celle de nos organes somatiques.

Quand cette activité est normale, nous n'en avons qu'une sensation vague, obscure, qui reste ordinairement subconsciente ; lorsqu'au contraire cette activité devient anormale, lorsqu'elle est perturbée ou dépasse certaines limites, nous en sommes avertis par une série de phénomènes bien connus : douleurs de tête variées, sensations de vide, d'éclatement intra-cranien, etc., sensations de lourdeur de tête après un travail intellectuel prolongé, d'engourdissement cérébral au moment de nous endormir, etc. N'est-ce pas également dans le cerveau que nous localisons la difficulté que nous éprouvons sous

certaines influences à coordonner nos idées, à évoquer des souvenirs, etc ?

« Ne sentons-nous pas, dit encore M. Sollier (1), si nous sommes bien ou mal disposés à travailler cérébralement, comme nous sentons si notre estomac est disposé à bien ou mal digérer ? » Et la douleur, dite morale, des mélancoliques, est-elle autre chose que la conscience ou le sentiment de notre impuissance cérébrale, de même que la douleur physique est l'expression d'un trouble fonctionnel organique ?

Telles sont quelques-unes des raisons que l'on peut invoquer avec M. Sollier en faveur de l'existence d'une sensibilité propre du cerveau. Cette sensibilité une fois admise, il devient relativement facile de comprendre la genèse des *idées de négation intellectuelle*.

Un point qui nous semble hors de contestation, c'est que les processus psychiques de D..., hormis ceux de l'activité perceptive, continuent à s'effectuer normalement, comme continuent à être normaux les processus organiques ou somatiques de G...

Sa lucidité, son orientation, ses facultés de raisonnement, sa mémoire sont intactes ; elle n'a rien oublié de ce qu'elle a appris avant sa maladie et peut encore nous réciter sans fante, ni hésitation, de longs morceaux de poésie ; elle peut calculer, dessiner, etc., à la condition qu'on le lui ordonne. Mais, qu'elle récite une pièce de vers, résolve un problème d'arithmétique, évoque ses souvenirs d'enfance, se représente sa mère sur son lit de mort, etc., le résultat est toujours le même : elle dit ne rien ressentir, n'éprouver aucune émotion ; il lui semble que ce qu'elle dit, ce qu'elle récite, se représente, etc..., n'a aucun lien avec elle, se passe en dehors d'elle..., ce qu'elle traduit en disant qu'elle a une *insensibilité morale absolue*.

Or, qu'est-ce à dire, sinon qu'elle a perdu sa *sensibilité cérébrale*, comme G... a perdu sa *sensibilité organique*, ou plus exactement, que les excitations, *psychiques* de l'une, *somatiques* de l'autre, ne sont plus incor-

(1) Sollier. *Le Mécanisme des émotions*, Paris 1905, p. 201 et suiv.

porées au moi, n'évoquent plus aucun concept, ne relient plus leur personnalité actuelle à leur personnalité antérieure.

Est-il étonnant que dans ces conditions D... *nie son âme*, c'est-à-dire l'ensemble de ses facultés psychiques, comme G... *nie son corps*, c'est-à-dire l'ensemble de ses fonctions somatiques?

Mais si, comme il semble résulter de ces considérations, le cerveau est *un organe comme les autres*, la sensibilité cérébrale doit être regardée comme faisant partie de la sensibilité organique, de la cénesthésie, nous sommes donc, ici encore, en présence d'un trouble *a ou hypo de la cénesthésie corticale*, d'une *cénesthésiopathie*.

Si ce trouble, bien qu'univoque, a revêtu dans les deux cas une expression un peu différente, si dans l'un il s'est limité à la constitution physique, dans l'autre à la personnalité morale, cela est dû sans doute à ce que l'une de nos malades, passant tout son temps à enseigner ou à écrire, vivait surtout cérébralement, tandis que l'autre, moins cultivée, s'absorbait surtout dans la contemplation de son corps, toutes les fois que ses occupations lui en laissaient la liberté. En un mot, l'une avait placé dans son intelligence tout l'*orgueil* que l'autre avait mis dans son corps.

La psychose n'a fait ainsi chez toutes deux, comme cela est la règle chez tous les délirants systématisés, qu'exagérer des tendances natives, des anomalies congénitales du caractère. Et s'il est exact de dire que l'orientation des conceptions délirantes de ces malades n'est que le reflet de leurs préoccupations journalières, il n'en reste pas moins que l'éclosion de ces idées délirantes a été la conséquence directe d'une perturbation de la cénesthésie, vraisemblablement liée à un ébranlement des centres nerveux, dû à des émotions dépressives répétées et prolongées.

Ainsi se trouve justifiée la proposition que nous avons émise en commençant, à savoir que les idées de négation, intellectuelle et corporelle, de nos deux malades reconnaissent pour condition pathogénique fondamentale le même trouble de la cénesthésie. Et comme, d'autre part, tous les symptômes envisagés plus haut :

les troubles émotionnels, les idées de négation (auxquelles il faut rattacher les idées de doute, d'étrangeté, de changement, de transformation, etc., dont nous avons publié ailleurs des exemples) (1), les tendances aux mutilations, au suicide, etc., sont des phénomènes secondaires, qui dérivent tous manifestement de ce trouble de la cénesthésie, nous pensons qu'au point de vue nosologique, il y aurait intérêt à grouper tous les malades qui présentent ce complexe symptomatique, ce *syndrome cénesthésiopathique*, sous une seule rubrique.

Le terme de *délire systématisé chronique à base de troubles cénesthésiques* aurait l'avantage, croyons-nous, d'assigner à ce syndrome sa véritable place dans la classification et permettrait en même temps de le distinguer des autres modalités délirantes de la paranoïa.

Au cours de cet exposé, déjà trop long à notre gré, il nous a été impossible de faire, aussi large que nous l'aurions désiré, la part des auteurs qui nous ont précédé dans cette étude; aussi nous empressons-nous de déclarer en terminant que la théorie pathogénique des idées de négation et de toutes les idées connexes, que nous avons cherché à établir et à préciser davantage, avait déjà été entrevue par Cotard, J. Falret, MM. Séglas, Sollier, etc., et que, plus récemment, elle a été invoquée à diverses reprises dans leurs belles recherches sur *les Névroses et les Idées fixes* par MM. Raymond et Janet.

DISCUSSION

M. VALLON. — Je ne partage pas l'avis des médecins qui attribuent une origine périphérique aux idées hypochondriaques; chez ces délirants, en effet, on ne trouve aucun trouble périphérique permettant d'affirmer une telle origine.

Les hystériques, au contraire, qui présentent des phénomènes analogues, ont des troubles variés de la sensibilité qui les explique. Je considère que les idées morbides des hystériques sont le type des idées déli-

(1) G. Deny et Paul Camus. 'Sur un cas de délire métabolique de la personnalité, in *Archives de Neurologie*, 1905.

rantes à origine périphérique; alors que les idées hypochondriaques et de négation des mélancoliques sont d'origine centrale. Ces deux observations, très bien exposées, en sont encore la preuve.

D'autre part, je trouve très juste la distinction faite par les auteurs entre ces deux délires hypochondriaques : l'un portant sur les fonctions organiques, l'autre sur les fonctions intellectuelles. Ce dernier se rencontrant chez des snjets dont l'intelligence est plus cultivée : littérateurs, artistes, etc.

M. VIGOUROUX. — Je considère comme très intéressantes les observations et les théories que MM. Dénv et Camus viennent de nous rapporter. Toutefois je crois que pour affirmer qu'il n'y a aucune lésion organique ayant pu, sinon prodnre, du moins orienter le délire, il est nécessaire d'avoir fait un examen non seulement macroscopique, mais histologique des organes du sujet. J'ai communiqué à la Société (séance du 23 mai 1905) les observations de deux hypochondriaques dont l'un avait un cancer latent de l'estomac, et l'autre un énorme lymphadénome de l'abdomen comprimant les vaisseaux et les nerfs de la région. J'ai observé également un mélancolique ayant présenté un délire très net de négation; ses organes étaient macroscopiquement sains; l'examen histologique révèle une encéphalite très marquée avec peu de méningite et une atrophie pigmentaire du foie. Enfin, à l'asile d'Evreux, j'ai fait avec M. le D^r Brunet l'autopsie d'un mélancolique sitio-phobe prétendant que son estomac était bonché. Nous avons effectivement trouvé dans l'estomac une grosse boule de lait caséifié, indiquant au moins que les fonctions digestives étaient altérées.

Ces observations, et bien d'autres rapportées par les auteurs, montrent que des lésions organiques peuvent orienter le délire, sinon le provoquer.

La théorie pathogénique de MM. Dénv et Camus invoquant une altération des centres corticaux, siège des représentations somatiques, est très séduisante, mais il faut avouer qu'elle repose sur une hypothèse car nous ne connaissons ni ces centres ni les lésions qui les altèrent.

M. ARNAUD. — Dans cette question des *délires rela-*

tifs à l'organisme, qu'il s'agisse d'hypocondrie habituelle ou de délire de négation, que l'on pourrait appeler une hypocondrie renforcée; il me semble que les observateurs sont souvent victimes d'un raisonnement logique. Pour les malades qui nient leurs organes ou leurs fonctions, comme ceux de MM. Deny et Camus, l'interprétation conforme à la logique est que les idées de négation résultent d'altérations organiques périphériques réelles; mais les négations qui ne visent pas un organe, qui s'adressent aux objets du monde extérieur, ne sauraient s'expliquer ainsi, elles résultent d'un état cérébral pathologique. Il en est de même du délire hypocondriaque en général : *Cum materia*, c'est un délire d'interprétation; *sine materia* (s'il en existe un réellement), c'est un délire plus ou moins systématisé. Dans les deux cas, c'est l'état mental qui fait l'hypocondrie, ce ne sont pas les lésions périphériques, lesquelles n'ont pas d'autre effet, à mon avis, que de faciliter, d'accentuer l'orientation d'un délire dont la nature propre est déterminée par les tendances antérieures du malade.

En définitive, je ne crois pas que le délire hypocondriaque puisse mieux qu'un autre s'expliquer par des troubles de la cénesthésie organique. L'influence de la cénesthésie organique doit être posée pour tous les délires quels qu'ils soient.

En ce qui concerne l'hypocondrie *sine materia*, je n'attache pas aux lésions du nerf sympathique l'importance que lui attribue M. Vigouroux. Chez des paralytiques généraux hypocondriaques on trouve des lésions du sympathique, on en trouve également chez des paralytiques généraux mégalomanes : si chez les premiers ces lésions peuvent expliquer l'hypocondrie, peuvent-elles aussi expliquer les idées de grandeur?

M. VALLON. — Je ne voudrais pas que M. Vigouroux croie que je n'attache aucune importance aux lésions organiques; mais, à mon avis, ce qui crée le délire, c'est un état particulier du cerveau; il y a des centaines de cancéreux qui ne délirent pas. Mais je ne conteste pas que des lésions organiques puissent orienter le délire. J'ai observé à Villejuif un délirant mégalomane qui, sur la fin de sa vie, présenta un véritable

délire de possession laïque ; il disait avoir dans le ventre Rousseau, Voltaire, etc. A l'autopsie, j'ai trouvé une énorme tumeur. Un autre de mes malades, paralytique général, présentait du météorisme abdominal : il disait avoir 12 enfants d'empereur dans l'abdomen. Dans d'autres cas on trouve des troubles de la nutrition mis en évidence par l'analyse des urines.

M. VIGOUROUX. — Je ne voudrais pas que M. Vallon croie que je considère que les malades délirent parce qu'ils ont un cancer de l'estomac. J'admets également qu'une prédisposition est indispensable ; mais dans certains cas, parmi lesquels ceux que j'ai communiqués ici, j'estime que l'infection tuberculeuse dans un cas, l'intoxication cancéreuse dans l'autre, ont été la cause pathogène de l'altération cérébrale produisant le délire. Cette conception pathogénique a son importance, car elle peut conduire à des applications thérapeutiques.

M. ARNAUD. — Je ne conteste pas qu'une lésion périphérique puisse orienter le délire, mais je nie qu'elle puisse déterminer l'existence d'un délire hypochondriaque, même chez un prédisposé. Les hypochondriaques *cum materia* que j'ai observés étaient hypochondriaques avant l'apparition de leurs lésions ; tous avaient le tempérament hypochondriaque avant de délirer.

Dans cette question de l'hypochondrie j'estime que l'on est victime d'une illusion de logique et que cette question pathogénique doit être placée sur un terrain plus large, celui des délires en général.

M. PACTET. — Un délire est un phénomène d'ordre intellectuel et, en admettant comme démontrée l'hypothèse de la répercussion sur la sensibilité cérébrale des troubles de la sensibilité des organes et, dans le cas particulier, l'existence de zones d'anesthésie cérébrale correspondant à l'anesthésie de l'estomac, il resterait à préciser, selon moi, dans la pathogénie du délire de négation, le mécanisme par lequel les perturbations de la sensibilité du cerveau ont sur les facultés intellectuelles un retentissement si profond qu'elles conduisent le malade à nier non seulement l'existence de quelques-uns de ses organes, mais aussi, dans certains cas, l'existence du monde extérieur, c'est-

à-dire d'êtres ou d'objets qui se trouvent en dehors d'eux-mêmes.

D'autre part, M. Deny a employé le terme de *paranoïa*. Ce terme veut dire en allemand délire. Quel avantage, y a-t-il à employer ce mot étranger plutôt que le mot français délire?

M. DENY. — Nous avons admis une constitution psychique spéciale ; cette notion domine toute la pathologie mentale. Un sujet ne nie pas ses organes parce qu'il n'en a pas la sensation ; — pour délirer il est nécessaire qu'il soit prédisposé.

Le mot « *paranoïa* » est employé aujourd'hui couramment au lieu et place de celui de délire systématisé chronique ; à défaut d'autres avantages, il faut au moins lui accorder celui de la brièveté.

M. LARROUSSINIE. — J'ai observé un jeune homme qui n'avait jamais présenté le moindre trouble hypochondriaque, et qui, atteint de grippe à forme gastro-intestinale, croyait qu'on lui avait introduit de l'acide nitrique dans l'estomac, et en était arrivé à nier chez lui l'existence de cet organe détruit, disait-il, par l'acide. Je ne pense pas qu'on puisse soutenir que ce sujet était hypochondriaque avant d'être atteint de grippe. Qu'il fût un prédisposé, je ne le nie pas. Mais il est permis de croire que, s'il n'avait pas été frappé par une maladie infectieuse, il eût pu échapper aux accidents cérébraux dont il a souffert.

M. VALLON. — Dans l'observation de M. Larroussinie, il s'agit non d'une lésion périphérique, mais d'une infection, c'est-à-dire d'un délire infectieux ; c'est là une tout autre question.

Note sur l'emploi du Véronal dans les maladies mentales,

par MM. LWOFF et BENON.

Le véronal, appelé encore diéthylmanolylurée, acide diéthylbarbiturique, appartient au groupe des uréides.

Il a été découvert en 1903 par E. Fischer et J. von

Mering (1). C'est un corps cristallisant bien, incolore, de goût légèrement amer. Il est *soluble* dans l'eau, exactement dans 12 parties d'eau bouillante et dans 145 parties d'eau à 20 degrés; de là, la possibilité d'utiliser ce médicament en lavements.

Le véronal est *absorbé* au niveau de la muqueuse digestive. Après son absorption, on n'observe généralement pas d'altération du rythme respiratoire; le nombre des pulsations reste normal; les fonctions digestives ne sont pas modifiées; les urines ne présentent pas d'éléments anormaux; la température n'est ni élevée, ni abaissée.

Il *s'élimine* par les urines, comme l'ont montré E. Fischer et J. von Mering; cette élimination se fait lentement, en plusieurs jours. Il est vraisemblable aussi que le véronal s'élimine par la peau: les éruptions signalées par les auteurs, notamment l'observation de MM. P. Sérieux et R. Mignot (2), les deux observations de M. Bourilhet (3), militent en faveur de cette hypothèse.

Le véronal s'élimine lentement, cela explique son *action prolongée*, signalée par tous les auteurs et que nous avons nous-mêmes observée.

Au cours de l'emploi de ce médicament, on ne constate pas de phénomènes d'*accoutumance*.

Son action porte à la fois sur le sommeil, sur l'agitation et sur l'état spasmodique.

L'*action hypnotique* se manifeste assez rapidement, presque toujours un quart d'heure, une demi-heure, quelquefois une, deux, trois heures après l'absorption du médicament. C'est un sommeil agréable, comparable au sommeil physiologique: il est tranquille, doux, comme le sommeil naturel. Cette action hypnotique — nous avons déjà attiré l'attention plus haut sur ce fait — se prolonge maintes fois le jour suivant.

(1) E. Fischer et J. von Mering. Ueber eine Klasse von Schlafmitteln. *Therapie der Gegenw.*, 1903, Heft 3.

(2) P. Sérieux et R. Mignot. Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal, chez quelques aliénés. *Archives de Neurologie*, janvier 1905, p. 9.

(3) Henri Bourilhet. Du véronal comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1905, p. 70 et 85.

L'*action sédative*, si elle n'est pas aussi nette, n'existe pas moins. Très souvent le véronal agit favorablement sur l'agitation et l'excitation morbides et cela alors que d'autres sédatifs n'ont fourni aucun résultat.

Quant à son *action antispasmodique*, elle a été indiquée par M. Pierre-Marie, à la Société de neurologie, lors de la communication de MM. Constensoux et Chénais (janvier 1904). M. P. Marie a administré le véronal avec succès dans la sclérose latérale amyotrophique.

— Les *accidents* qui suivent l'administration du véronal ne sont jamais graves.

Les phénomènes secondaires fâcheux observés sont : une sensation de fatigue, la migraine, la céphalée, la lourdeur de la tête, les vertiges, la titubation, etc. Quelques auteurs ont signalé des éruptions cutanées, morbilliformes, scarlatiniformes (une observation de MM. P. Sérieux et R. Mignot, deux observations de M. Bourilhet). Quant à nous, nous avons noté dans un cas (obs. I) de la lourdeur de tête, et dans trois cas des troubles gastro-intestinaux. Dans un de ces derniers cas (obs. XVIII) nous avons assisté à des vomissements matutinaux chaque fois que la malade prenait le soir 0 gr. 50 de véronal. Dans les deux autres cas (obs. XV et XXVI), nous avons observé de la diarrhée ; cette diarrhée de nature bénigne a disparu en deux ou trois jours par la suppression du médicament. M. Bourilhet rapporte un cas analogue.

— On peut *administrer* le véronal par la voie stomacale ou par la voie rectale.

Par la voie stomacale, on l'administre en cachets ; on peut aussi le mélanger aux aliments, à du bouillon, à du lait, étant donné son faible degré d'amertume. Fréquemment on le donne dans une tasse de thé bien sucré. Quel que soit le liquide (bouillon, lait, thé, etc.), il doit être à une température suffisamment élevée pour dissoudre complètement la quantité de véronal ordonnée. Rappelons que le véronal est soluble dans 15 parties d'eau bouillante et dans 145 parties d'eau à 20 degrés.

Par la voie rectale, Edhem (1), de Constantinople,

(1) Edhem. Etude sur le véronal. *Archives générales de médecine*, n° 30, 24 juillet, p. 1895.

l'avait déjà essayé ; nous l'avons administré simplement comme suit :

Véronal	0 gr. 50.
Eau bouillante	100 grammes.

La dose hypnotique est de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 ; la dose sédatrice peut être élevée jusqu'à 2, 3 et 4 gr. Quant à nous, nous n'avons pas dépassé la dose de 1 gr.

L'indication du véronal est avant tout l'insomnie, de quelque nature qu'elle soit, et secondairement l'agitation, l'excitation.

Nous avons réuni dans cette étude 31 observations.

Dans les cas d'insomnie simple, dite « insomnie nerveuse » (obs. VIII, IX, X, XI), on obtient d'emblée cinq à sept heures de sommeil sans interruption ; les malades comparent volontiers leur sommeil au sommeil naturel et disent ne pas avoir éprouvé de phénomènes consécutifs désagréables.

Dans les états de dépression (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII), surtout chez les mélancoliques qui ne reposent pas la nuit ou qui ne reposent que quelques heures, on obtient avec le véronal, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 40, un effet hypnotique pour ainsi dire constant. Les malades s'endorment un quart d'heure, une demi-heure au plus, après l'absorption du médicament et ils accusent un sommeil paisible, agréable. Les malades disent (Obs. I, II, III, IV, V) : « J'ai bien dormi ; j'ai bien reposé ; j'ai dormi d'un sommeil naturel, comme si je n'avais pas pris de médicament ; je ne souffre pas de la tête, je me sens bien. »

Dans les états d'anxiété, d'agitation et d'excitation, le véronal agit environ dans les deux tiers des cas : administré chez 20 malades, il a agi 15 fois, soit 70 fois p. 100 (Obs. XII, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII). Les malades, anxieux ou agités, qui en absorbent, surtout à la dose journalière de 0,50 centigrammes (Obs. XV, XIX, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI), ne tardent pas à dormir de six à neuf heures en moyenne. Une de nos malades (Obs. XXII), qui criait, chantait, tenait des propos incohérents, gesticulait sans cesse, se calmait très rapidement sous

l'influence du véronal et même se mettait bientôt à travailler au ménage. Dès qu'on cessait, chez elle, l'administration du médicament, l'agitation reparaissait. Chez cette malade, qui refusait de prendre son véronal parce que « son Dieu le lui défendait », nous avons employé le véronal en *lavements*, et nous avons obtenu les mêmes résultats favorables que par la voie stomacale.

Maintes fois, l'action hypnotique et sédatrice du véronal se prolonge dans le jour qui suit l'absorption, et il arrive aux malades de sommeiller soit dans la matinée, soit dans l'après-midi (Obs. I, III, IV, V, VII, XV, XIX, XX, XXIII, XXV). Cela se produit surtout quand on donne le médicament tous les jours, à la dose de 0 gr. 50, par exemple (Obs. XV, XIX, XX, XXIII, XXV).

Ajoutons que l'action du véronal se prolonge non seulement dans la journée, mais aussi dans la nuit suivante. En effet, dans un tiers des cas environ, nous l'avons administré à un ou deux jours d'intervalle — cela pendant plusieurs mois — et avec cette seule dose nous obtenions souvent deux nuits de sommeil.

Dans cinq cas d'agitation (Obs. XIV, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI), l'emploi du véronal n'a donné aucun résultat. Une de ces malades était atteinte de paralysie générale et les autres présentaient de l'agitation maniaque de nature diverse (folie périodique, démence, etc.).

Chez quelques malades agitées, nous avons obtenu une action sédatrice en administrant le médicament à petites doses, *dans la journée*; nous donnions d'ordinaire 0 gr. 30 vers 9 heures du matin. Dans certains cas, notamment chez la malade H... (Obs. XII), les résultats étaient très nets. D'habitude turbulente, poussant des cris, tenant des propos grossiers, cette paralytique générale devenait alors calme, sommeillait quelquefois, ou restait assise sur sa chaise, ou se promenait tranquillement, sans agitation. Chez M^{me} B... (Obs. XV), sénile anxieuse, qui criait et se lamentait la plus grande partie de la journée, le véronal, administré à la dose de 0 gr. 50, vers 9 heures du matin, produisait également le plus souvent une action sédatrice marquée.

Par contre, chez d'autres malades excitées, ce médicament, donné dans les mêmes conditions, est resté sans effets appréciables.

Nous avons essayé le véronal à la dose de 0 gr. 50, chez deux mélancoliques sitiophobes, sans avoir réussi toutefois à faire accepter les aliments par ces malades.

Néanmoins, il est intéressant de continuer à étudier ce médicament chez des malades de ce genre. L'un de nous (1), en effet, a pu vaincre, avec l'hyoscine, le refus d'aliments chez quelques aliénés. Peut-être pourrait-on obtenir, dans certains cas, le même résultat, avec des doses appropriées de véronal (2).

Troubles mentaux dans la sclérose en plaques,

par J. LHERMITTE et HALBERSTADT.

La question des troubles psychiques dans la sclérose est encore à l'heure actuelle assez obscure aussi bien quant aux conditions qui engendrent les perturbations mentales qu'aux rapports qui les unissent à l'affection diffuse du système nerveux central. Certes, depuis longtemps, divers auteurs ont noté expressément l'existence de modifications intellectuelles au cours de la sclérose disséminée, mais lorsqu'on étudie ces observations, on se rend compte de la variabilité

(1) Magnan et Lwoff. Sur quelques effets du chlorhydrate d'hyoscine, *Soc. de biol.*, mai 1889.

(2) J. Sabrazès. Un nouvel hypnotique. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 32, 1903.

Constensoux et Chénais. Note sur l'emploi du véronal comme hypnotique chez les malades nerveux. *Revue neurologique*, 30 janvier 1904.

Gausset. *Montpellier médical*, 21 février 1904.

Dumont et Callian. Résultats cliniques de l'emploi du véronal. *Journal de médecine interne*, 1^{er} août 1904.

P. Sérieux et R. Mignot. Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques aliénés. *Archives de neurologie*, janvier 1905, p. 9.

Henri Bourilhet. Du véronal comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1905. (Voir ce dernier ouvrage pour la Bibliographie étrangère.)

extrême de ces modifications psychiques. Ainsi qu'il est fréquent de l'observer dans les maladies organiques les plus diverses du système nerveux, l'hystérie vient assez fréquemment se surajouter à la sclérose en plaques et, par l'état mental qui est sous sa dépendance, égarer le diagnostic ; d'autre part, ainsi que Charcot l'a indiqué le premier, on peut observer des associations morbides, et l'intrication des symptômes d'ordre différent peut rendre malaisée la délimitation des deux affections.

Malgré cela, il nous a paru que dans un assez grand nombre de cas la sclérose en plaques s'accompagne d'un état mental dont les caractères sont assez particuliers pour qu'un diagnostic soit possible d'avec ces associations morbides fonctionnelles ou organiques.

L'observation que nous présentons ici nous a paru intéressante à plusieurs égards : au point de vue du diagnostic, de la nature des troubles psychiques dont cette malade est atteinte, et des rapports qu'ils affectent avec la sclérose multiple.

L. B..., née le 5 février 1885, malade du service du D^r Briand, à l'asile de Villejuif.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père et mère morts d'affections inconnues.

Une sœur bien portante, intelligente. Un frère, âgé de dix-sept ans, débile, n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire, santé physique bonne.

Un oncle mort dans un asile d'aliénés.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A eu dans l'enfance des adénites cervicales, a été réglée à douze ans. D'une bonne santé habituelle, n'a jamais fait de maladie jusqu'en 1903.

La malade a fait de bonnes études primaires et était d'une intelligence normale à tous les points de vue. Elle a appris le métier de corsetière.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le début paraît avoir été rapide et remonte au mois de décembre 1903. A cette époque, en effet, s'est développée une hémiplegie gauche. Pendant deux jours la malade se sentait faible du côté gauche, mais néanmoins pouvait vaquer à ses occupations, lorsqu'au matin du troisième jour, elle se réveilla complètement paralysée ; la face participait à la paralysie, la bouche était déviée. Conduite à l'Hôtel-Dieu, elle y reste pendant quelques mois sans que son hémiplegie semble rétrocéder. C'est à partir de ce moment que

se modifie l'état mental de la malade, normal jusque-là. La mémoire s'affaiblit; l'intelligence et l'attention devenaient, au dire de sa famille, moins vives; il n'existait ni délire ni hallucinations. A cette époque également seraient survenus des troubles de la parole qui auraient assez vite rétrocedé.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade est envoyée en province chez des parents et à son retour on constate que son état mental s'est encore modifié. Au lieu de l'apathie intellectuelle qu'elle manifestait à l'Hôtel-Dieu, la malade présente de l'excitation, elle rit sans motif. Aussi, sa famille la fait-elle entrer à la Salpêtrière, puis dans un autre hôpital parisien d'où elle est envoyée à Saint-Anne. Le certificat d'internement est ainsi conçu : « Manifestations hystériques avec troubles intellectuels prononcés. »

Le transfert a lieu le 9 décembre 1904, et la malade entre à Villejuif dans le service de M. Briand, le 14 décembre 1904.

Pendant toute l'année 1904 l'état de la malade serait resté stationnaire, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir de la famille. L'hémiplégie gauche a progressivement diminué, puis disparu, mais l'état mental ne s'est pas modifié.

Dans le courant de décembre 1904, la malade aurait présenté un affaiblissement du côté droit, ébauche d'hémiplégie légère qui a rapidement rétrocedé.

Pendant les premiers mois, à l'asile, la malade n'offrait aucun trouble nerveux organique bien net; l'état mental était celui d'une débile.

Un jour, subitement, en avril 1905, la malade s'affaisse sur le sol et ne peut se relever. Cette paraplégie brusque a déterminé son alitement continu depuis lors.

Quelques jours après son alitement, la malade est prise d'une excitation cérébrale accusée, avec loquacité excessive. Tout le jour, elle parle et crie; pendant la nuit, elle chante et crie, empêche les voisins de dormir. Cet état d'excitation maniaque sans délire cesse au bout de quelques jours, et la malade redevient calme comme à son entrée.

Depuis cette époque, ces accès d'agitation se sont montrés de temps à autre, mais toujours d'assez courte durée.

Assez fréquemment, la malade a des vomissements; ceux-ci ne paraissent d'ailleurs liés à aucun état gastrique particulier.

ÉTAT ACTUEL. — La malade, assez bien constituée, porte de rares signes de dégénérescence physique.

Motilité. — La force musculaire est un peu diminuée au bras droit, mais tous les mouvements peuvent s'exécuter.

Au repos, il existe un léger tremblement; celui-ci s'exagère lors des mouvements volontaires, et le tremblement devient

caractéristique quand on commande à la malade d'exécuter un mouvement précis.

Aux membres inférieurs, la force musculaire est conservée, tous les mouvements sont possibles. Il existe une incoordination très prononcée, surtout lorsqu'on place la malade debout et qu'on lui commande de marcher en la soutenant. Le type de la démarche est ataxo-cérébello-spasmodique; la malade festonne, oscille, les jambes sont difficilement soulevées du sol. L'équilibre volitionnel statique est également troublé, la malade ne peut garder dans une position fixe un membre étendu.

Face. — Il n'existe aucune trace de paralysie, la langue n'est pas déviée, mais elle est le siège d'un tremblement à grandes oscillations.

La sensibilité générale n'est pas troublée; les sensations thermiques, tactiles, douloureuses sont bien perçues. — Le sens stéréognostique est conservé.

Les réflexes tendineux sont en général exagérés. Les réflexes rotuliens, achilléens présentent une exaltation manifeste; ceux du poignet, du triceps sont augmentés dans une moindre proportion. Le réflexe massétérin ne paraît pas modifié.

Des deux côtés on observe une trépidation spinale et de la danse de la rotule plus nette à gauche.

Quant aux *réflexes cutanés*, l'abdominal est conservé, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche, en extension à droite.

Il n'existe aucune *modification trophique*; en revanche les troubles vaso-moteurs sont accusés, cyanose des mains, production facile d'une raie vaso-motrice sur le ventre et le thorax.

Les organes des sens sont respectés; en particulier il n'existe aucune modification intrinsèque du côté de l'œil (pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie). Le nystagmus se produit dans les mouvements extrêmes. Le goût, l'odorat, l'audition sont normaux.

La parole est monotone, scandée, explosive par instants.

ÉTAT MENTAL. — Ce qui domine, c'est l'attitude puérile, analogue à celle d'un enfant de dix à douze ans. Elle est incapable de suivre une conversation suivie. Son attention se fatigue vite et elle saute d'un sujet à l'autre sans transition. Elle n'est nullement inconsciente, et se rend bien compte qu'elle est dans un asile d'aliénés et pourquoi on l'y a fait entrer, mais sa situation la laisse indifférente.

Elle est contente lorsqu'on cause avec elle et prend plaisir à répondre aux questions qui ont trait à sa santé, même lorsqu'il s'agit de choses pénibles, et rit à plusieurs reprises.

Aucune activité intellectuelle n'est manifestée par la malade, rien ne l'intéresse, son état d'inaction forcé ne lui pèse

nullement. L'orientation dans le temps et dans l'espace est parfaite.

Il n'y a jamais eu de délire ou d'hallucinations. La mémoire est atteinte assez profondément; cette amnésie, qui porte aussi bien sur les faits récents que sur les faits anciens, a ceci de particulier qu'elle est irrégulière, à certains jours moins prononcée qu'à d'autres; elle est marquée par la faculté d'invention, de fabulation, très développée chez cette malade. On pourrait croire à un premier examen que la mémoire est conservée tellement la malade raconte avec détails et une suite apparente les moindres faits de sa maladie. Mais si on contrôle ses affirmations, on s'aperçoit vite que la plupart sont inventées de toutes pièces ou déformées.

Si on cherche à établir ce qui lui est resté des notions acquises à l'école, on s'aperçoit que la plupart de ses connaissances ont disparu.

Elle n'a gardé aucune notion d'histoire ou de géographie; la faculté du calcul est très diminuée et, dans les opérations très-simples (addition à deux chiffres), les erreurs sont nombreuses.

L'attention est très affaiblie, la malade paraît suivre et comprendre la conversation pendant quelques instants, mais bientôt son esprit est dévié vers une autre direction.

L'émotivité est exaltée; elle pleure et rit pour les motifs les plus futiles. Le plus souvent c'est l'état d'euphorie qui existe et la malade est en proie à des crises de rire presque inextinguible.

Il ne s'agit pas ici du rire spasmodique, ainsi que nous le faisons remarquer plus loin, mais d'un rire qui exprime la joie qu'éprouve la malade dès qu'on s'occupe d'elle et qu'on s'y intéresse.

La ponction lombaire, pratiquée le 21 février 1906, nous a montré normal le liquide céphalo-rachidien.

Les signes somatiques sont ici assez accusés pour que le diagnostic de sclérose en plaques nous semble indiscutable. L'hystérie en effet peut être mise, du moins à l'heure actuelle, hors de cause. La paraplégie spasmodique accompagnée du signe de Babinski, l'existence des troubles sphinctériens, le tremblement intentionnel, le nystagmus ne peuvent être rangés au nombre des phénomènes hystériques ou fonctionnels. On ne saurait être aussi affirmatif pour le passé. Le certificat d'internement de cette malade porte qu'elle est atteinte de phénomènes hystériques; l'hémiplégie gauche et l'état

mental qui, dès cette époque, était déjà fortement troublé pouvaient être mis sur le compte de la névrose ; toutefois on peut objecter à l'hypothèse d'une affection fonctionnelle le fait que cette hémiplégie atteignait la face et qu'il en reste des traces actuellement (exaltation des réflexes, plus accusée de ce côté, présence du signe de Babinski).

L'abolition du réflexe pharyngé est un phénomène banal, trop souvent constaté pour être un argument convaincant en faveur de l'hystérie.

Un certain nombre d'affections peuvent aussi être facilement éliminées : la maladie de Friedreich, où les réflexes rotuliens sont abolis, la parole plus traînante, les pieds déformés ; la chorée ou les différents tremblements.

L'hypothèse d'une tumeur cérébrale peut aussi être rejetée. La marche de l'affection qui procède par bonds successifs accompagnés de rémissions, l'absence de signes oculaires et d'hypertension du liquide céphalo-rachidien indiquent assez qu'une tumeur cérébrale ne saurait être incriminée ici, non plus qu'une atrophie cérébelleuse : les phénomènes spasmodiques suffisent à écarter cette hypothèse.

Il ne saurait s'agir non plus d'une myélite diffuse syphilitique ou autre ; il existerait en effet des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité ; aux désordres moteurs s'adjoindraient des troubles trophiques qui sont totalement absents dans notre cas.

Le diagnostic de sclérose en plaques est donc le seul admissible ; il nous reste maintenant à envisager la question des troubles mentaux. Ceux-ci portent sur l'ensemble des facultés intellectuelles avec toutefois une prédominance sur certaines fonctions. L'insouciance complète de la situation et de sa gravité est particulièrement frappante ; la malade n'est pas pour cela inconsciente, mais cela lui est parfaitement indifférent d'être à l'asile, alitée tout le jour, d'avoir des troubles sphinctériens. Elle ne manifeste aucune activité intellectuelle, son attention ne peut se fixer sur un point pendant un moment tant soit peu durable.

La mémoire est très profondément atteinte et à ce propos nous ferons remarquer que cette amnésie peut

être masquée comme chez notre malade par la faculté de fabulation, d'invention qu'ils possèdent. Avec une assurance trompeuse, elle n'hésite pas à raconter, avec un luxe de détails bien fait pour égarer, les différentes péripéties de sa maladie ; mais lorsqu'on vient à contrôler ses dires, on s'aperçoit vite que la plupart des faits qu'elle invoque sont de l'imagination pure ; cette tendance au mensonge est en rapport avec l'ensemble de son caractère resté puéril, comme si à cet égard il y avait eu un arrêt de développement.

Outre la diminution de l'attention, l'affaiblissement intellectuel est assez marqué ainsi que l'augmentation de l'émotivité ; la plupart des faits sur lesquels on attire l'attention de la malade déterminent un rire prolongé hors de propos. Nous ferons remarquer qu'il ne s'agit pas ici de ce rire spasmodique vrai, ainsi que P. Marie l'a indiqué dans certaines scléroses en plaques à forme pseudo-bullaire, expression mimique ne correspondant en rien à l'état mental présent, mais à un rire créé par l'exaltation du centre émotionnel.

Etant donné l'ensemble de ces perturbations psychiques, peut-on les rapporter à la sclérose en plaques ou à une affection surajoutée ? la question est plus difficile à résoudre. Ici encore l'hystérie peut être discutée ; mais cependant si l'hystérique peut présenter une augmentation de l'excitabilité du rire et du pleurer facile, parfois même de la perte de la mémoire, elle n'a pas l'affaiblissement intellectuel, cet état d'euphorie, cette indifférence si prononcée et globale.

Quant à une association de la paralysie générale, tous les symptômes viennent plaider contre cette hypothèse : la malade ne présente aucun signe physique de cette affection. En particulier aucune modification oculaire, pas de tremblement fibrillaire, pas de lymphocytose rachidienne ; enfin l'évolution des troubles mentaux, leur manque de progression régulière suffisent à écarter ici le diagnostic de méningo-encéphalite associée à la sclérose en plaques.

Il nous semble donc que l'état mental que nous avons relevé chez notre malade est à rapporter à la sclérose en plaques, qu'il ne s'agit pas ici d'un fait fortuit, d'une coïncidence banale, mais que les phénomènes psychiques,

s'ils demandent à être recherchés, doivent en raison de leurs caractères et de leur fréquence occuper une place dans la symptomatologie de l'affection.

Des observations assez nombreuses où l'état mental a été soigneusement relevé, il résulte que les troubles psychiques se caractérisent surtout par un affaiblissement de la mémoire, une diminution, parfois une suspension de l'attention, une paresse intellectuelle rendant tout effort cérébral pénible, une instabilité du caractère avec exaltation de l'émotivité parfois excessive, enfin l'insouciance, l'euphorie que vient mettre en relief la gravité de la déchéance physique.

Les désordres de la sphère psychique ont également ceci de particulier qu'ils ont une évolution très irrégulière, analogue à celle des symptômes somatiques, procédant par poussées entrecoupées de rémissions, d'améliorations, parfois de guérisons. De plus ils semblent se développer de préférence dans les cas de sclérose en plaques grave et assombrissent considérablement le pronostic.

A côté de cet ensemble symptomatique dont nous venons de donner les caractères principaux et qui sont admis par la majorité des auteurs, il est un certain nombre de manifestations psychiques qui, elles, ne font pas partie du tableau de la sclérose en plaques; elles se manifestent très exceptionnellement et peuvent quant à leur nature être discutées.

Nous voulons parler des délires plus ou moins systématisés observés par Charcot (1) (délire de persécution), par Lannois (2) (délire érotique), par Dannenberger (3) (délire aigu hallucinatoire). Ces divers états délirants paraissent se terminer en général par une démence plus ou moins complète.

La malade que nous présentons n'a jamais présenté de semblables perturbations psychiques; toutefois, en 1904, d'après sa famille, elle aurait eu pendant quelques mois une excitation cérébrale sans hallucinations qui

(1) Charcot. *Leçon sur les maladies du système nerveux.*

(2) Lannois. *Revue neurologique*, 1903.

(3) Dannenberger. *Zur Lehre von Geistesstörungen bei multipler Sclerose. Th. de Giessen*, 1901.

pourrait être rapprochée sinon identifiée avec les manifestations délirantes que nous venons de rappeler.

En résumé, il nous semble que dans la sclérose en plaques la moins discutable, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des troubles psychiques assez nettement différenciés de par leurs caractères, leur mode d'évolution pour être en droit de ne pas les considérer comme des phénomènes banaux, mais bien comme relevant d'une localisation encéphalique du processus de la sclérose en plaques, ainsi que plusieurs constatations anatomiques en font foi (1).

DISCUSSION

M. LAPOINTE. — Cette malade est une hystérique.

M. COLIN. — Il me semble que nous nous trouvons en présence d'une combinaison de sclérose en plaques, de débilité mentale et d'hystérie ; cette malade n'est pas démente. On a décrit après Charcot un état dementiel survenant chez les malades atteints de sclérose en plaques ; pour ma part je crois que ces malades sont beaucoup moins déments qu'ils peuvent le paraître : ils souffrent, par suite ils se plaignent, ils larmoient, ils ne sont jamais contents, mais ils ne sont pas déments ; sans avoir de l'affaiblissement intellectuel, ils présentent le facies hébété décrit par Charcot.

M. PACTET. — J'ai observé dernièrement pendant quelque temps, dans mon service, un malade atteint de sclérose en plaques. Au moment de l'entrée, il présentait un état mental qui permettait de penser à l'existence chez lui d'un affaiblissement notable de l'intelligence, mais il s'agissait en réalité de confusion mentale. Deux ou trois mois plus tard, il recouvrait sa lucidité et quittait l'asile. Or, avant de considérer l'affaiblissement intellectuel comme faisant toujours partie des troubles psychiques des sujets atteints de sclérose en plaques, il est prudent, à mon avis, de s'assurer que l'on ne se trouve pas en présence d'un cas analogue à celui dont

(1) Cl. Philippe et Jonès. *Revue neurologique*, 1899, et Philippe et Cestan. Mémoire pour le prix Civrieux.

je viens de parler, mais qu'il s'agit bien d'un amoindrissement réel et définitif de l'intelligence.

M. THIVET. — Je constate en effet chez cette malade la coexistence d'une maladie organique et de troubles cérébraux, mais je ne saisis pas le rapport de cause à effet entre ces deux ordres de phénomènes; je ne crois pas d'ailleurs que ce rapport soit nécessaire; pour ma part je considérerais volontiers les troubles cérébraux comme appartenant à la démence précoce.

M. BRIAND. — J'observe cette malade depuis deux ans dans mon service et je la considère comme une démente.

M. VIGOUROUX. — L'affaiblissement intellectuel des sujets atteints de sclérose en plaques doit être en rapport avec le nombre et l'étendue des zones de sclérose qui existent dans le cerveau.

M. VALLON. — Cette malade possède de nombreux stigmates de dégénérescence.

M. CHRISTIAN. — Pourquoi avoir fait à cette malade une ponction lombaire? pour écarter le diagnostic de paralysie générale? Cette affection a des signes cliniques suffisants et il n'est jamais nécessaire d'avoir recours à une opération non sans inconvénient.

La séance est levée à 6 heures. A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 26 MARS 1906

Présidence de M. MARCEL BRIAND

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. le PRÉSIDENT annonce que MM. Dubuisson (Maxime), Gimbal, Giraud, Hamel, Lapointe, Mignot, Régis, Sizaret, Thivet, Trénel et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance. Il leur souhaite la bienvenue.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M^{me} Gilbert-Petit, mère de notre regretté collègue, qui remercie la Société de ses témoi-

gnages de sympathie et de ses sentiments de condoléance ;

2° Une lettre du président et du secrétaire de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, invitant la Société à se faire représenter au 3^e Congrès de médecine, au Canada.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure contenant une notice nécrologique sur le D^r Paul Garnier, ainsi que les discours prononcés sur sa tombe ;

2° *Les troubles mentaux dans la lèpre*, par MM. Beurmann, Roubinovitch et Gougerol ;

3° *Contribution à l'étude des psychoses combinées*, par M. Erwin Stransky ;

4° *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale*, par M. L. Mongeri ;

5° *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale*, par M. E.-P. Chagnon ;

6° Le fascicule VI du tome IV des travaux de la Faculté de médecine de Tokio ;

7° Bulletin officiel du XV^e Congrès international de médecine de Lisbonne, numéro du 6 mars ;

8° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars ;

9° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de février ;

10° *Le Droit médical*, numéro de février.

M. VALLON fait hommage à la Société du premier numéro de la *Revue de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle*. Cette Revue, comme il est dit dans son programme, « ne sera l'organe d'aucune école, ni d'aucun groupe. Librement ouverte à tous, elle s'efforcera de réaliser l'accord si désirable du droit et de la biologie, des juristes et des aliénistes, pour le plus grand bien de la vérité et de la justice ».

Rapport de candidature.

M. VIGOUROUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Christian, Vallon, Vigouroux, à l'effet d'examiner les travaux scientifiques

de M. le D^r Page, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

Le D^r Page, aujourd'hui directeur-médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Bellevue (Seine-et-Oise), s'occupe des maladies nerveuses et mentales depuis de longues années. Nommé, en 1897, interne titulaire de la maison nationale de Charenton, il étudia pendant deux ans l'aliénation mentale sous la direction de son maître, le D^r Christian.

Puis, après deux années d'internat à l'hospice de Saint-Lazare (Concours 1895), il s'occupe spécialement de gynécologie pour revenir enfin à la neurologie et à la psychiatrie en devenant le médecin-adjoint de l'établissement hydrothérapique du Vésinet. Le D^r Page est donc à la fois un praticien s'occupant de maladies générales et un spécialiste. Ses travaux nous le montrent sous ce double aspect.

Je ne ferai que citer rapidement ses travaux de médecine générale :

La gymnastique moderne et la mécano-thérapie (*Journal de médecine de Paris*, 1901); *Le traitement des néphrites par la macération de rein de porc* (*Presse médicale*, 1905); son intéressante thèse sur *la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique* (Paris, 1901); *La médecine opératoire à l'amphithéâtre* (Maloine, 1903); *Le vade mecum du praticien* (Maloine, 1904), etc.

Ces différentes publications indiquent une instruction médicale solide et générale; les suivantes, plus intéressantes pour nous, dévoilent le spécialiste au courant de la médecine mentale et nerveuse.

Dans les *Annales médico-psychologiques* (mai-juin 1905), en collaboration avec le D^r Lemoine, le D^r Page nous a donné une très jolie observation de *doromanie ou impulsion à faire des cadeaux*. Il s'agit d'une jeune femme dégénérée, hystérique, chez laquelle la manie de faire des cadeaux est devenue une véritable impulsion, précédée d'angoisse et suivie de soulagement. Un des points curieux de cette observation, finement analysée, est que, sous l'influence de cette impulsion rare, la malade est devenue une véritable persécutrice pour ceux qu'elle accablait de dons souvent bizarres.

Dans une autre publication (*Tribune médicale*, 1905),

sur les dangers de l'héroïne, le D^r Page nous donne également une intéressante observation d'une dégénérée guérie de sa morphinomanie grâce à l'usage de l'héroïne, et qui, devenue héroïnomaue (22 centigr. par jour), présenta de terribles accidents au moment de la suppression de ce médicament. Il en conclut que l'héroïne, inférieure à la morphine comme sédatif de la douleur, est un médicament auquel on s'habitue également, que ses ravages dans l'organisme sont plus profonds que ceux de la morphine, et enfin que sa suppression est plus difficile et plus douloureuse. Son seul avantage est qu'elle laisse ignorer au patient le charme dangereux de la morphine.

Enfin, je ne ferai que citer le titre d'une communication du D^r Page au Congrès de Paris (1904) portant sur *la douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie*.

Je crois vous en avoir assez dit pour vous montrer que le D^r Page est un travailleur et un observateur consciencieux ; aussi votre Commission vous propose-t-elle de l'associer à vos travaux en le nommant membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Page est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique,

par MM. PAUL SOLLIER, médecin du sanatorium
de Boulogne-sur-Seine, et PAUL DUHEM,
médecin-adjoint.

Nous n'avons pas l'intention de revenir ici sur l'aspect clinique de la psychose polynévritique si bien décrite par Korsakoff, James Ross, Serbsky, Golscheider, Remack, Klippel, Régis, etc... Mais alors qu'on la considère généralement comme la conséquence de phénomènes toxiques, infectieux ou non, d'origine externe, l'observation suivante prouvera que la cause de la polynévrite peut exister en nous-mêmes et être le résultat de phénomènes d'auto-intoxication, uniquement d'origine interne.

M^{me} J. L..., âgée de vingt-sept ans, nous est adressée au mois de novembre 1904 par le professeur Spillmann (de Nancy).

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; la malade a un grand-père de quatre-vingt-quatre ans, son père et sa mère, tous trois en bonne santé. Elle a également cinq frères et sœurs, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche peu graves à cinq ans. Diphthérie à dix ans.

Réglée à treize ans, toujours régulièrement, sauf pendant les premiers mois qui suivirent son entrée en pension vers l'âge de quatorze ans.

D'une intelligence moyenne, elle occupa toujours un rang honorable dans ses études.

Hydarthrose du genou droit vers quinze ou seize ans, suivie de douleurs assez tenaces dans la jambe, dont elle ne se remit complètement qu'après une saison de cure à Bourbon-l'Archambault.

Depuis cette époque, elle n'éprouva plus aucun phénomène douloureux dans les jambes avant les faits qui nous occupent actuellement.

Mariée à vingt ans, a eu deux enfants qui sont venus à terme et qui sont bien portants. Pas de fausses couches. Depuis le début de son mariage, elle n'eut aucun malaise sérieux avant l'éclosion de la maladie infectieuse qui fut la cause de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — Le début des phénomènes morbides remonte à septembre 1903. A cette époque, son beau-père, atteint d'une myélite, mourut. Elle avait passé de longues nuits à son chevet, avait fait elle-même tous les pansements des ulcérations et des escarres et en avait éprouvé à ce moment une très grande fatigue. Ce qui n'empêcha pas d'ailleurs sa belle-mère de lui faire une scène terrible, l'accusant presque d'être la cause de la mort de son beau-père. Trois jours après ces fatigues physiques et morales, elle se mettait au lit avec tous les symptômes d'un état infectieux qui dura environ un mois à l'état aigu. S'agissait-il d'une grippe violente, ou d'un état infectieux occasionné par la contamination due aux plaies du malade qu'elle avait soigné? Nous n'avons pas pu être bien fixés à cet égard; il semble plutôt qu'il se soit agi d'une grippe, car elle toussait. Ce fut à cette époque que l'estomac commença, chez elle, à être touché.

Les efforts qu'elle faisait au moment de ses quintes de toux déterminaient des contractions douloureuses de l'estomac qui amenaient des vomissements, lesquels étaient composés tantôt de matières alimentaires à moitié digérées, tantôt de liquide verdâtre, bilieux.

La convalescence de cette grippe (?) fut longue, les vomissements cessèrent et tout rentra à peu près dans l'ordre, sauf qu'elle resta, pendant huit ou dix mois, avec l'appétit diminué et sans qu'elle ait retrouvé le poids qu'elle avait primitivement.

Nous arrivons ainsi au mois de septembre 1904, un an par conséquent après la grippe présumée. A ce moment, les sensations douloureuses de l'estomac, qui depuis ce temps-là s'étaient toujours tenues au second plan, reprirent d'une façon sensible. Elles consistaient surtout en une grande lourdeur et de fortes sensations de crampes après les repas, le tout accompagné de contractions vives qui ne tardèrent pas à ramener les vomissements. Ces vomissements finirent par se répéter tous les jours. Ils survenaient après les repas, sans efforts, sous la seule influence de la contraction gastrique, et consistaient le plus souvent en aliments à peine digérés ou en un liquide glaireux et muqueux assez abondant. Malgré cela, l'appétit était à peu près conservé, mais l'intestin ne fonctionnait que difficilement; aussi était-on obligé de faciliter les garde-robes par des laxatifs et des lavements.

Cet état persista sans grand changement jusque vers la fin du mois suivant. Vers cette époque (novembre 1904), la malade commença à ressentir quelques vagues sensations de crampes dans les mollets ainsi qu'une pesanteur des jambes qui commençaient à la gêner dans la marche; c'est alors qu'elle entra au sanatorium de Boulogne-sur-Seine, le 9 novembre 1904.

A son entrée, nous constatons : du côté de l'estomac, outre les phénomènes dont nous venons de parler et que nous a racontés la malade, un état de dilatation avec atonie gastrique; de plus, l'organe est un peu descendu. L'appétit, à certains moments, est nul; à d'autres, il est très vif; la malade est prise d'un véritable accès de boulimie : elle dévorerait un poulet, dit-elle.

Du côté des jambes, les crampes dans les mollets persistent et ont plutôt une tendance à augmenter, les jambes traînent et lui paraissent lourdes à soulever. Elle marche en steppant légèrement et a la sensation de tiraillements dans le creux poplité. Les réflexes rotuliens sont presque abolis, la pression des masses musculaires est douloureuse.

La lumière lui est pénible, surtout le soir, ses yeux s'appesantissent, ses paupières sont lourdes et se ferment malgré elle *sans qu'elle ait sommeil*.

La sensibilité est peu troublée; seulement un peu d'hyperesthésie au niveau des mollets. Pas de stigmates hystériques.

Le sommeil est assez bien conservé, sauf pendant quelques nuits, assez rares d'ailleurs, où elle éprouve des cauchemars

variés, mais se rapportant tous plus ou moins à la mort de son beau-père.

Elle est sujette quelquefois à des vertiges passagers accompagnés de tremblement des mains, mais pas à de vraies crises de nerfs. Elle n'a jamais jusqu'à présent perdu connaissance.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée au sanatorium, elle resta sans vomir, malgré l'alimentation normale qu'on essaya tout d'abord; mais cela ne dura pas, et dans la quinzaine qui suivit, tous les phénomènes morbides se développèrent rapidement. Son état gastrique empire : les vomissements reparaissent après chaque repas sans qu'on puisse leur assigner une heure régulière, depuis un quart d'heure jusqu'à quatre, cinq et même six ou huit heures après les repas, souvent en pleine nuit. Ils se produisent dès qu'on remue la malade ou qu'elle subit le moindre dérangement (conversation, visites, etc.); ils surviennent sans efforts et sont composés d'aliments à moitié digérés dans un suc gastrique très abondant et très acide qui lui brûle la bouche au passage et lui agace les dents. En dehors des vomissements, elle éprouve presque toute la journée des douleurs dans toute la région épigastrique; elles sont inconstantes et non en rapport avec l'heure des repas. La soif est très vive.

La sécrétion gastrique se fait d'une façon tout à fait exagérée; à quelque moment que l'on palpe l'estomac, on y trouve du liquide. Il existe le matin à jeun dans de fortes proportions, ce qui nous détermine à traiter cette hypersécrétion permanente par des lavages alcalins de l'estomac et par un régime approprié (viandes grillées, purées, etc.). L'amaigrissement augmente encore; la malade, qui pesait 51 kilogrammes à son entrée, après avoir pesé jusqu'à 72 en pleine santé, tombe de semaine en semaine à 50, 48, 46 et même 45 kilogrammes vers la fin du mois de décembre. En même temps dans les jambes les phénomènes douloureux augmentent rapidement et empêchent bientôt complètement la malade de marcher : ses deux pieds restent en extension sans qu'elle puisse les redresser; peu à peu les muscles de la loge antérieure, puis ceux de la loge postérieure de la jambe s'atrophient; elle ne peut plus faire un mouvement qui ne soit très douloureux. Le redressement des cnisses est très difficile aussi, et la sensibilité cutanée est légèrement diminuée, surtout vers la partie inférieure des extrémités. Elle éprouve également un peu d'engourdissement dans les doigts des deux mains et une lourdeur invincible des paupières. Les réflexes tendineux sont complètement abolis des deux côtés. Nous la soumettons aux courants galvaniques interrompus. Pas de réaction de dégénérescence.

En même temps que les phénomènes polynévritiques se déve-

loppent, on voit survenir parallèlement chez la malade un état mental particulier caractérisé surtout par une amnésie spéciale portant sur les faits récents. Elle ne présente par contre pas de troubles du jugement ni du raisonnement; pas de confusion dans les idées, pas d'idées délirantes, amnésie simple des faits récents; le souvenir des faits anciens, d'abord relativement conservé, finit, lui aussi, à la longue, par disparaître. En même temps, le caractère de la malade semble changé : de gaie et enjouée, elle est devenue morne, indifférente à tout et apathique; après les repas surtout, elle est prise d'une somnolence lourde et à son réveil elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Réveillée, elle garde parfaitement conscience de tout ce qui se passe autour d'elle, mais le souvenir s'efface aussitôt. Elle ne se souvient pas, par exemple, si elle a dormi la nuit, si elle a pris son repas, si elle a vomi, si on lui a fait son électrisation quotidienne, quoique celle-ci soit très douloureuse; souvent il lui arrive de demander plusieurs fois de suite le même renseignement à sa garde-malade. Par contre, elle nous donne encore des détails sur les faits antérieurs à sa maladie. Seule son amnésie des faits récents est complète.

Presque chaque jour, à ce moment-là, généralement avant ou tout de suite après un vomissement, à l'occasion d'un déplacement quelconque ou de tout ce qui contribue à la secouer un peu, la malade est prise d'une sorte de crise d'un aspect particulier : la face devient d'une grande pâleur, elle ferme les yeux et laisse pesamment retomber sa tête en arrière. Elle semble avoir complètement perdu connaissance, ne parle pas et ne reconnaît personne; on note alors un affaiblissement considérable du pouls, en même temps qu'un ralentissement très notable de la respiration. Au bout de quelques instants, on voit ses extrémités s'agiter d'un léger tremblement convulsif; ses mains font de vagues mouvements de préhension. Cet état lipothymique dure environ quatre ou cinq minutes, puis elle ouvre les yeux, reconnaît son entourage et ne garde aucun souvenir de ce qui vient de se passer; elle est seulement très abattue, sans céphalalgie, mais avec une tendance au sommeil très marquée. A quoi sont dus ces accidents? Est-ce à la grande faiblesse générale de la malade, car ils ne se sont produits qu'à un certain moment, précisément celui où elle était le plus faible, et où son poids était le plus bas? Elle pesait à ce moment-là de 46 à 45 kilogrammes. Nous sommes à la fin de décembre 1904.

Sous l'influence du traitement énergique institué chez notre malade, tout cet ensemble complexe de phénomènes morbides ne tarde pas à se modifier, et dès le milieu du mois de janvier 1905 l'état d'hypersécrétion permanente de l'estomac com-

mence, lui d'abord, par se modifier. Sous l'influence des lavages alcalins répétés tous les matins, les sécrétions se modifient. Le liquide qui au début ressortait sale, noirâtre, mélangé de débris alimentaires plus ou moins digérés devient progressivement plus clair; et à la fin du mois il arrive à être presque incolore en même temps que sa réaction acide diminue beaucoup. Il y a moins de liquide dans l'estomac le matin, et les vomissements deviennent de plus en plus rares, et dans la première huitaine de février ils disparaissent complètement pour ne plus jamais reparaitre. Les selles sont plus faciles, le dégoût pour la nourriture beaucoup moindre; le déjeuner du matin en particulier est pris avec plaisir. La sensation de soif diminue aussi beaucoup.

Consécutivement, les phénomènes polynévritiques s'amendent également : les réactions musculaires aux courants galvaniques se font mieux. La malade remue plus facilement les jambes, les étend seule, et peut les retourner. Les mouvements sont plus étendus et moins douloureux, elle arrive à s'asseoir seule dans son lit; mais il lui est encore complètement impossible de se tenir debout.

L'amnésie semble également s'atténuer. La malade se souvient mieux des faits qui lui sont personnels, chose qui lui était impossible avant, attendu qu'elle ne pouvait même plus se représenter le visage de son mari et de ses enfants. Actuellement, elle se souvient beaucoup mieux de tout et a pu me raconter un certain nombre de faits qui m'ont servi à reconstituer l'histoire de sa maladie.

En mars 1905, les vomissements et les douleurs gastriques ayant cessé depuis plusieurs semaines, nous cessons les lavages de l'estomac et les fonctions continuent à s'effectuer parfaitement. Plus de liquide le matin, plus de douleurs, les digestions sont normales, la malade va régulièrement à la garde-robe.

Parallèlement, amélioration sensible des phénomènes polynévritiques. Les douleurs diminuent, surtout à la région postérieure de la jambe où elles étaient très vives. La malade remue de plus en plus facilement les jambes et fléchit également mieux les pieds; le 15 février, elle a pu se tenir debout seule en s'appuyant sur sa table de toilette. On continue toujours les électrisations qui sont de mieux en mieux supportées.

L'état psychique s'améliore d'une façon parallèle. Elle est beaucoup plus gaie et plus enjouée et la mémoire des faits récents persiste bien plus longtemps. Elle interroge beaucoup moins son infirmière sur les faits de la journée et se souvient d'un jour à l'autre beaucoup mieux qu'avant. La nutrition générale se fait également beaucoup mieux. Nous la pesons toutes les semaines, comme nous le faisons pour tous nos

malades, et nous constatons régulièrement une augmentation de 1 kilogramme à 1 kil. 200 chaque semaine.

Vers le milieu de mars tout semble rentré dans l'ordre : la mémoire est entièrement revenue, et non seulement la malade se souvient des faits qui se passent actuellement, mais elle se rappelle encore tous ceux qui n'avaient pas paru fixer son attention précédemment pendant sa maladie. Cette récupération rétrograde de la mémoire est chez elle tout particulièrement vive, au point qu'elle me cite jusqu'aux propres expressions dont elle m'entendait me servir alors qu'elle était plongée dans l'apathie la plus complète, qu'elle semblait indifférente à tout et qu'elle avait perdu toute mémoire. En ce moment, il est impossible de la faire s'embrouiller par nos questions, et elle se souvient complètement de tout ce qui s'est passé pendant sa maladie.

Les jambes vont tout à fait bien. Après avoir, au commencement de mars, marché lentement et péniblement, à la fin du même mois, elle marche bien seule, monte et descend les escaliers sans fatigue, commence même à sortir et à faire des promenades dans le jardin. Elle pèse maintenant 53 et 54 kilogrammes et augmente régulièrement. Au mois d'avril elle a complètement recouvré l'usage de ses membres et sort du sanatorium dans un excellent état.

En résumé, chez une malade atteinte d'un état infectieux un an auparavant, et qui avait présenté à un moment quelques manifestations gastriques passagères, il se développe à nouveau des troubles digestifs et principalement gastriques qui s'accompagnent au bout d'un certain temps de polynévrite. Ces troubles gastriques augmentent et arrivent à un degré tel qu'on se trouve en présence du tableau de la maladie de Reichmann. Les troubles polynévritiques suivent l'aggravation de l'état gastrique et se généralisent rapidement. Alors se montrent les phénomènes psychiques avec une amnésie caractéristique de la maladie de Korsakoff.

Puis, sous l'influence du traitement de la maladie de Reichmann, l'état général se relève, et secondairement la polynévrite — traitée d'ailleurs électriquement — se répare et enfin les phénomènes d'amnésie disparaissent à leur tour.

Le diagnostic de psychose polynévritique ne fait pas de doute; et ce n'est pas sur ce point que nous voulons insister ici. Ce qui nous a paru intéressant dans cette

observation d'ailleurs classique comme maladie de Korsakoff, c'est l'étiologie. En effet il semble bien dans ce cas qu'on ait eu affaire à un trouble d'auto-intoxication d'origine gastrique, fait que nous n'avons vu signalé nulle part et en particulier dans l'article si complet de M. Babinski dans le *Traité de médecine Charcot-Bouchard*.

Or il ne semble pas possible de rattacher les troubles polynévritiques à l'état infectieux qui affecta la malade un an auparavant, attendu que dans cet intervalle elle avait recouvré une assez bonne santé et un assez bon état général, quoiqu'elle eût conservé un fonctionnement assez irrégulier de l'estomac et ait présenté un peu d'amaigrissement. Néanmoins elle n'avait certainement aucun trouble de la marche, ni aucune manifestation polynévritique quelconque ni physique, ni mentale.

Il n'y avait chez elle aucune intoxication d'origine externe, aucune maladie infectieuse immédiatement antérieure, ni aucune des causes ordinaires de polynévrite. Ce n'est que lorsqu'apparurent les phénomènes d'hypersécrétion gastrique et au bout d'un certain temps, que ces troubles polynévritiques, apparurent alors que l'affaiblissement de la malade allait croissant ainsi que son amaigrissement.

Il semble donc tout naturel de considérer la polynévrite et par conséquent les troubles psychopathiques qui lui furent liés comme dus à cet état gastrique, à cette maladie de Reichmann. La marche même de la guérison confirme cette façon de voir; car les accidents polynévritiques ne commencèrent à disparaître que lorsque les voies digestives elles-mêmes furent remises en bon état, et que l'état général se fut relevé.

Il nous a paru intéressant de montrer que l'auto-intoxication gastrique pouvait, au même titre que toutes les autres intoxications, provoquer une polynévrite, et même une psychose polynévritique.

Sur un cas de délire hypocondriaque d'obstruction et de négation en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique chez un artério-scléreux. Utilisation de la radioscopie et de la radiographie en clinique mentale,

par M. E. RÉGIS.

Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, dans la famille duquel s'associent et se combinent les manifestations arthritiques et névropathiques (neurasthénie, tics, obsessions). Lui-même, arthritique, hémorroïdaire, congestif, est très impressionnable et a toujours fait preuve d'hésitation, de perplexité.

En 1899, ses affaires ayant pris une extension considérable, son inquiétude habituelle s'augmenta et devint pathologique.

Il présenta tout d'abord une période de neurasthénie anxieuse, obsédante, qui dura un certain temps. Un voyage qu'il accomplit à titre de diversion accrut encore sa perplexité. La névrose anxieuse devint progressivement de la psychose anxieuse, caractérisée par des hallucinations terrifiantes de tous les sens et des idées délirantes de persécution, avec impulsions paroxystiques au suicide.

Ce fut là, comme l'établit notre maître M. Motet, qui vit le malade à ce moment, un accès de mélancolie anxieuse, se traduisant par une bouffée violente de délire systématisé hallucinatoire à forme de paranoïa aiguë.

Peu à peu, sous l'influence de l'isolement et de soins appropriés, l'état s'améliora, et, au bout d'un an, M. X..., guéri, au moins en apparence, put reprendre ses affaires, dans lesquelles il apporta de nouveau son esprit de crainte et d'indécision.

Durant l'automne de 1901 (cette époque coïncide avec la phase de plus grande activité de son commerce), M. X... fut pris d'un nouvel accès, en tout semblable au premier. Comme la première fois, il commença par éprouver de la neurasthénie inquiète, à idée fixe, fit un

voyage, et, comme la première fois aussi, c'est au cours de ce voyage qu'éclatèrent les troubles psychiques aigus, caractérisés par les mêmes hallucinations polysensorielles terrifiantes, les mêmes idées délirantes de persécution, la même anxiété, les mêmes réactions panophobiques avec tendance impulsive au suicide.

Isolé de nouveau, le malade présenta, à un moment, un véritable délire aigu fébrile suivi d'une longue période de confusion mentale, en coïncidence avec une poussée d'accidents arthritico-herpétiques et une congestion pulmonaire grave.

Au sortir de cette crise, et au fur et à mesure que la confusion des idées et l'incohérence s'atténuaient, les conceptions délirantes primitives se dégageaient de nouveau sous forme d'idées prédominantes de persécution, de culpabilité religieuse, de craintes de damnation, accompagnées de phobies, d'impulsions parfois réalisées, sur fond toujours anxieux.

C'est dans ces conditions qu'apparurent pour la première fois, en 1903, des idées hypocondriaques, d'abord généralisées et multiformes, puis progressivement localisées et systématiques.

Actuellement, et depuis deux ans environ, le thème délirant est devenu invariable, stéréotypé. M. X... est convaincu qu'il ne peut manger, que sa nourriture va l'étouffer. Il sent que c'est bouché, que ça ne passe pas, entre l'arrière-gorge et l'estomac. Il ne peut avaler ni salive, ni rien. Cela vient de ce que les organes de cette région, en particulier l'œsophage, n'existent plus, ou plus exactement, qu'ils sont « solidifiés », « métallisés ».

Le malade localise en plusieurs points précis ses sensations de constriction et de solidification : au devant du cou et de la partie supérieure du sternum, et, en arrière, au niveau de la colonne dorsale.

Il pense à cela constamment, fixement. Il fait souvent le mouvement d'avaler sa salive avec peine, malaxe son larynx et sa trachée entre ses doigts, en fait toucher les anneaux aux personnes de son entourage pour montrer leur rigidité, dans une certaine mesure réelle, et, à chaque visite du médecin, fait percuter et ausculter ses zones de localisation délirante.

Ce qui l'inquiète par-dessus tout, c'est de mourir étouffé par la nourriture avant que le médecin et le prêtre aient eu le temps d'accourir, d'où un scandale inouï qui rejaillira sur les siens.

Aussi, l'approche de chaque repas est-elle marquée par un paroxysme aigu d'anxiété. M. X... ne mange que sous l'influence des incitations de ses gardes et par crainte de la sonde œsophagienne. Mais, avant d'avaler ses aliments, il proteste, hésite et se livre à une mimique, à des grimaces de déglutition très accentuées surtout s'il y a autour de lui quelqu'un qu'il veuille convaincre de son triste état. Il finit cependant par s'alimenter de façon très suffisante et, à part une constipation opiniâtre due à de l'atonie intestinale, ses digestions s'accomplissent bien.

Dans l'intervalle des repas et sur tout sujet étranger à son délire, M. X... est entièrement lucide et raisonnable et capable de donner les conseils les plus judicieux et les plus sensés. Avec les siens, il ne cesse de parler de son œsophage, de l'impossibilité où il est de se nourrir et de l'imminence de sa fin ; mais, avec des étrangers, il se domine et produit l'impression d'un homme tout à fait normal.

Dans ces derniers mois le malade s'est mis à énoncer de véritables « idées d'énormité », telles que les entendait Cotard. Ses maisons, son usine vont brûler, des soulèvements populaires, des révolutions vont se produire, il y aura des catastrophes épouvantables, le monde entier va périr. Tout cela sera la conséquence du scandale affreux qu'occasionnera sa mort par étouffement, sans les secours de la médecine et de la religion. Il s'agit bien là, on le voit, d'idées de grandeur à rebours, d'anxiété amplifiée jusqu'à l'infini, de ce que j'ai appelé la *mégalo-mélancolie*.

Depuis déjà longtemps, nous avons constaté, avec le médecin qui suit régulièrement ce malade, l'existence chez lui des symptômes d'une artério-sclérose généralisée et nous nous étions demandé si le processus scléreux qu'il subissait, et si, en particulier, l'ectasie aortique qu'il présentait, ne contribuaient pas au caractère, à la localisation, à la ténacité de ses idées délirantes.

Aidés d'un spécialiste, nous l'avons soumis à la radioscopie et à la radiographie. Par la radioscopie, nous avons non seulement vérifié l'ectasie aortique, mais encore découvert un spasme pharyngien assez intense pour arrêter au moins une minute, dans la région correspondant au sommet de la crosse aortique, la descente d'un cachet de bismuth. Par la radiographie, la détermination de l'ectasie aortique, très manifeste et de forme légèrement ampullaire, a pu être faite de façon nette et précise (1).

RÉFLEXIONS. — Plusieurs particularités sont à relever dans cette observation.

Au point de vue étiologique, il y a lieu de signaler l'influence de l'arthritisme, de l'artério-sclérose, de l'âge avancé, en un mot de l'involution sénile, que Obici, Bianchi, Taty et Chaumier, enfin Loup, dans une thèse récente (Lyon, 1906), considèrent comme jouant un rôle important dans la genèse du délire hypocondriaque de négation.

Au point de vue clinique, le cas du malade a de grandes analogies avec le syndrome de Cotard, dont il se rapproche par le fond d'anxiété, le type du délire hypocondriaque, les conceptions mystiques, les craintes de damnation, les idées d'énormité ou mégalo-mélancoliques, la chronicité. Il s'en distingue par le début neurasthénique obsédant, la phase consécutive de confusion mentale avec délire hallucinatoire aigu de persécution anxieuse, la très grande lucidité actuelle, l'absence d'idées d'immortalité. Mais ce sont là des différences de détail plutôt que de fond, insuffisantes pour séparer ce fait d'un type clinique de délire qui n'est pas absolument fixe et dont l'histoire ne saurait être considérée d'ailleurs comme définitivement établie.

Au point de vue des relations entre le délire hypocondriaque et les troubles somatiques, question redevenue d'actualité en France depuis surtout les travaux de Roy, de Klippel, de Deny et Camus, etc., cette observation est très instructive. Elle montre qu'ici le

(1) Le tracé radioscopique et l'image radiographique ainsi obtenus ont été présentés par M. Régis à la séance de la *Société médico-psychologique*.

délire hypocondriaque est nettement en rapport avec des lésions organiques. Mais l'influence pathogénique de ces lésions n'a été que relative en l'espèce et on ne saurait leur attribuer exclusivement tous les symptômes psychopathiques présentés par le sujet.

Ce qui est probable, c'est que le processus scléreux et, en particulier, l'évolution de ce processus sur la crosse aortique ont spécialement attiré l'attention déjà délirante du malade et l'ont fixée sur des sensations locales réelles qui, par interprétations successives, sont arrivées à constituer le délire paracénesthésique actuel. Le substratum somatique a donc joué, vis-à-vis des conceptions délirantes, un rôle d'orientation, de fixation et de coloration, ni plus, ni moins.

Il paraît utile d'insister, en terminant, sur les services que peuvent rendre, en clinique mentale, la radioscopie et la radiographie, déjà appliquées par nous et par Lalanne, en 1899 et 1900, à l'étude des fractures spontanées chez les paralytiques généraux.

DISCUSSION

M. VALLON. — La très intéressante communication de M. Régis confirme mes propres observations. Les lésions viscérales orientent et localisent le délire. Le malade de M. Régis a localisé son délire sous l'influence d'un processus scléreux, mais il était déjà délirant.

M. ARNAUD. — J'ai éprouvé un plaisir personnel à entendre M. Régis ; son observation vient à l'appui de ce que je pense sur la localisation topographique des idées délirantes.

M. TOULOUSE demande si le malade présentait des signes d'affaiblissement intellectuel.

M. RÉGIS. — Le malade ne présentait aucun signe d'affaiblissement intellectuel après six ans d'état délirant.

M. VALLON fait remarquer l'aggravation du délire du malade du D^r Régis au décours des deux voyages. Il considère que c'est une mauvaise méthode de traitement que de conseiller les voyages aux malades de ce genre.

M. VIGOUROUX demande au D^r Régis quel rôle il fait

jouer à l'artério-sclérose dans la genèse du délire : n'est-ce pas l'auto-intoxication secondaire aux troubles de la nutrition qui peut l'avoir provoqué ?

M. RÉGIS. — J'ai pris soin de ne pas indiquer les causes de délire hallucinatoire aigu.

C'est une mauvaise méthode que de faire voyager les malades délirants, de même que ceux atteints de neurasthénie aiguë.

M. COLIN. — Charcot avait déjà signalé le danger des voyages pour les neurasthéniques.

M. BRIAND. — Cette observation apporte une pierre à l'édification de la théorie qui voudrait faire du délire hypocondriaque une forme dépressive du délire systématisé. Le point de départ serait le même que celui du délire chronique : hypocondriaques et persécutés débutent par une période d'inquiétude et de mélancolie au cours de laquelle ils cherchent leur voie. Les délirants (type Magnan) se croient persécutés et finissent par la mégalomanie ; les négateurs (type Cotard) passent par l'hypocondrie, les idées de négation et le délire d'énormité que M. Régis qualifie par analogie de mégalomélancolie.

Simulation sur une base morbide,

par M. THIVET.

Lasègue, un des premiers, a montré combien la simulation de la folie était rare chez les individus normaux, à tel point qu'il disait quelquefois : Il faut être aliéné pour être simulateur. Nous nous rangeons de plus en plus à cette manière de voir et nous devons reconnaître que certaines simulations dont la raison, le but, la logique paraissent tout d'abord compatibles avec l'intégrité des facultés mentales sont cependant greffées sur un terrain morbide dont il convient de tenir compte pour apprécier les faits. Parfois même si la tare constitutionnelle est restée latente jusque-là, la simulation peut éclairer le diagnostic en ce sens que le prédisposé à la folie simule instinctivement les troubles pour lesquels il se sent en quelque sorte des aptitudes spéciales.

C'est à ce titre que l'observation suivante présente quelque intérêt surtout si l'on veut bien considérer que les troubles cérébraux véritables ont été postérieurs aux troubles simulés et que leur constatation nous a permis de donner à la simulation la valeur qu'elle méritait.

B..., ving-deux ans, soldat.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à quarante-cinq ans, alcoolisme, paralysie générale.

Mère décédée à cinquante-trois ans, affection stomacale.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, mais a manifesté dès son jeune âge une nervosité particulière sans qu'on puisse relever cependant chez lui aucun stigmate d'hystérie. Brouillon, instable, il a le goût du changement et des aventures, il n'a pu apprendre aucun métier, il a travaillé successivement dans plusieurs ateliers d'où il a été renvoyé pour ivresse ou pour indocilité. Il se plaît à fréquenter les camelots et devient camelot lui-même. En réalité il vit d'expédients, se fait condamner plusieurs fois pour escroquerie, infraction à la police des jeux, etc. Son sens moral est des plus rudimentaires : quand il est arrêté, il cherche à se concilier les bonnes grâces des agents en leur fournissant des indications sur ses camarades.

Quand vint l'époque du service militaire, il se prit à redouter par avance les rigueurs de la discipline et, comme on le verra plus loin, il se demandait alors comment il pourrait y échapper. Néanmoins il fit contre mauvaise fortune bon cœur et pour se donner du courage il commit de tels excès de boissons qu'il était encore sous leur influence quand il arriva à son corps.

A la caserne, ses pressentiments se réalisent, tout lui semble intolérable, il se sent envahir par un ennui profond, il est énervé, il tremble quand il est à l'exercice, il laisse tomber son fusil, il pleure ; à d'autres moments et sans aucun motif il rit aux éclats, cela le soulage, c'est plus fort que lui.

Un jour il entend dire à l'un de ses camarades : Ce n'est pas possible, il doit le faire exprès pour se faire réformer. Ces mots sont une révélation ou plutôt un rappel d'une idée qui avait déjà germé dans son esprit ; à partir de ce moment il organise son plan : ces troubles qu'il éprouve, ces bizarreries dont il a conscience, il les accentuera, au besoin même il en inventera d'autres.

De fait, entré dans cette voie, il fallait, comme il le dit lui-même, aller jusqu'au bout. C'est ce qu'il fit.

B... ayant lassé la patience de ses premiers chefs fut, par décision spéciale, envoyé dans un autre régiment. La comédie

continue; le genre de simulation qu'il a adopté est cependant des plus grossiers, cela consiste à faire des grimaces à tout propos, des singeries, à répéter continuellement des mots dénués de sens, à prendre des attitudes grotesques, à danser sans raison, etc. Un jour il grimpe sur le portique qui sert aux exercices de gymnastique et se déshabille complètement; on lui ordonne de descendre, il tire la langue.

Un sergent le fait venir dans sa chambre et lui dit à brûle-pourpoint : Je parie que vous seriez content de vous faire réformer? B... se méfie; s'il répond affirmativement, ce serait un cas de conseil de guerre. Non, dit-il, je me trouve très bien ici et je ne veux pas être réformé.

Mais alors, dit le sergent, pourquoi faites-vous toutes ces bêtises? B... répond que c'est pour lui une nécessité de se livrer à ces excentricités, parce qu'il a mal dans la tête, qu'il a des visions, des cauchemars...

Entre temps, il lui arrive d'avoir les pieds légèrement écorchés; c'est encore une aubaine puisque c'est un moyen d'être dispensé de service; aussi entretient-il précieusement ses plaies par le grattage. Son objectif est toujours : l'hôpital d'abord, la réforme ensuite; mais comme son rôle commence à le fatiguer et qu'il a peur d'être démasqué, il se décide à précipiter les événements.

« Je me mis, raconte-t-il, à jouer le tout pour le tout, je fis le fou complet, l'idiot; je chantais à tue-tête pendant la nuit, je criais dans les corridors, je disais tout ce qui me passait par la tête en faisant des liaisons longues comme le bras, je disais par exemple : des polichinelles z'en bois et z'en plomb; les camarades riaient et je riais encore plus fort; j'eus cependant le tort de confier mon secret à quelques-uns d'entre eux, heureusement ils ne m'ont pas dénoncé. Quand un chef me faisait appeler je me rendais auprès de lui sans le saluer militairement et je lui disais : Bonjour monsieur; quand c'était le major, je lui tapais sur le ventre... »

Où l'envoie à l'hôpital pour le soumettre à une période d'observation. Là, il se multiplie et croit atteindre le maximum de perfection. Pour lui, un aliéné est un être qui ne cesse d'accomplir des actes déraisonnables, qui gesticule de façon désordonnée, tient toujours des propos incompréhensibles; il s'applique donc à réaliser ce type et se livre, chaque fois que l'occasion lui semble propice, à une mimique qui doit, à son point de vue, être l'expression même de la folie. Grâce à la complicité d'un infirmier complaisant il se fait même apporter du vin blanc, et cherche à se griser, mais il n'y parvient pas. Tantôt il frappe dans ses mains pendant des heures, tantôt il crie et vocifère comme s'il se disputait avec des personnages

imaginaires; il se couche dans le lit de son voisin, fait des grimaces lorsqu'on le découvre, manifeste tour à tour l'effroi, la stupeur, la colère...

Un jour, cependant, il a quelque crainte sur l'issue de sa comédie : une religieuse de l'hôpital dit assez haut pour être entendue de lui : « Il n'est pas si idiot que cela. »

Il se raisonne pourtant et se dit qu'une sœur n'est pas un médecin et que son appréciation n'a pas d'importance, et il continue de plus belle.

Enfin, soumis à l'examen du conseil de réforme, B... répond à toutes les questions qui lui sont posées par des mots sans suite ou par de simples onomatopées. Mais cela ne lui suffit pas, il tient à impressionner fortement ceux qui doivent décider de son sort ; faisant appel à toutes les ressources de son imagination, il chante, il rit, il court, il saute, gambade à travers la salle, fait mille contorsions et traite les officiers présents en affichant la familiarité la plus irrespectueuse.

Le conseil, qui probablement a des doutes sérieux sur l'authenticité de ces phénomènes bizarres, ajourne sa décision et conclut au maintien de B... à l'hôpital.

Nouvelle période d'observation de quelques jours au bout de laquelle le médecin-major rédige le certificat suivant :

« Je soussigné... etc., certifie que le soldat B..., incorporé le 10 octobre 1905, a paru déséquilibré dès les premiers jours et a été tenu en observation pour ce fait. Parlant avec volubilité, mais toutefois sans incohérence et accompagnant ses paroles de gestes démonstratifs et d'accès d'hilarité non fondés, il n'avait pas paru devoir être hospitalisé jusqu'alors. Cet état, dû très probablement à une hérédité entachée d'alcoolisme et peut-être de syphilis (son père étant mort paralytique) et aussi à des excès personnels, nécessitait la réforme. Le jour de sa présentation, les phénomènes d'excitation ayant pris un caractère aigu, il fut laissé en observation à l'hospice. Depuis, son état est resté stationnaire et il paraît nécessaire de le faire interner, tout au moins temporairement, dans un établissement spécial. »

Conformément à ces conclusions, B... est interné à l'asile de Clermont. Son désappointement est grand, car s'il projetait de se faire réformer et par conséquent libérer, il n'avait pas songé un instant qu'une autre mesure pût être prise, la séquestration dans un asile. Aussi, très anxieux, il questionne les gardiens, les malades même sur la durée probable de son internement; et comme nul ne le renseigne, il se croit perdu, il se désespère. Le lendemain de son arrivée, B... nous avoue tous les subterfuges qu'il a employés, mais il nous fait ce récit avec une volubilité étrange, les yeux hagards, avec de grands gestes, ne pouvant rester une minute en place. A peine avons-nous le temps de lui

poser les questions d'usage, il parle, il parle sans s'arrêter. Cependant nous croyons comprendre à travers son langage décousu qu'il regrette sa longue supercherie, qu'il n'est pas un fou..., qu'il ne doit pas vivre chez les fous..., qu'on peut demander le témoignage de tous ceux qui l'ont connu avant son départ pour le régiment... Bref, nous assistons à l'éclosion d'un véritable accès d'agitation maniaque et de fait les jours suivants, les symptômes s'accusent et se précisent : irritabilité, gesticulation, logorrhée, fuite des idées, insomnie, facies égaré, pouls rapide ; le tableau est complet.

Le cinquième jour la crise se complique d'une tentative de suicide ; le malade se jette la tête en avant contre un mur du quartier et se fait une plaie assez étendue du cuir chevelu.

A partir de ce moment, et comme si le traumatisme avait marqué la fin de la crise, l'agitation diminue, B... se prête volontiers aux soins dont il est l'objet, il est moins loquace et fait même des efforts pour garder le silence, lorsqu'on lui parle ; il s'inquiète encore vivement du sort qui lui est réservé, mais il espère que s'il se conduit bien à l'asile, on le renverra à son régiment. Sans doute, il s'expose à passer au conseil de guerre, mais il accepte cette éventualité plutôt que d'être pris pour un fou...

Progressivement le calme renaît dans son esprit et un matin il nous remet la lettre suivante qu'il nous prie de faire parvenir à son commandant :

« Mon commandant,

« Excusez-moi de la liberté que je prends pour vous écrire. Les premiers jours que je suis arrivé au régiment, on disait que je mettais de la mauvaise volonté à l'exercice parce qu'il y avait des mouvements que je n'arrivais pas à exécuter. Ayant eu les pieds écorchés à la marche j'en profitais pour les écorcher dans le lit à seule fin d'aller à la visite et de simuler l'idiotie le plus souvent possible. Au conseil de réforme j'ai tapé sur le ventre des officiers supérieurs ; c'était dans la croyance qu'on allait me renvoyer chez moi. Dans la cour et le soir une fois couché, je me mettais à rire comme un fou, mais je ne le suis pas. Aujourd'hui je l'avoue, j'y suis obligé, je ne gesticule plus et je ne ris plus. J'en ai bien du regret. J'avoue en même temps que je me mettais à boire exprès pour me donner un peu plus d'aplomb à faire tout cela. Devant n'importe quel supérieur je faisais le fou dans la conviction d'être renvoyé chez moi. Je me suis monté la tête à cause que l'on m'attrapait souvent. Si c'était à refaire, quand il y aurait quelque chose qui n'irait pas je le dirais au capitaine X..., qui, lui, est un homme arrangeant facilement les choses. Mon commandant,

ayez de l'indulgence pour moi et excusez-moi de la légèreté de caractère que j'avais. Faites part s'il vous plaît à vos supérieurs que l'on me reprenne le plus tôt possible. Je sais bien en mon âme et conscience que je suis punissable, mais ayez bien des égards. Je n'imiterai plus aucune maladie. Cela m'aura appris à vivre. — Si, au conseil de réforme, les officiers m'avaient dit : si vous le faites exprès, on va vous faire interner, je vous assure que j'aurais déjà avoué. Vous devez comprendre la souffrance morale que j'éprouve et que ce n'est pas agréable pour moi d'être en compagnie de fous. Je ne le suis pas, je pense vous en donner des preuves sur certaines choses que j'ai faites dans la vie civile. Il fallait de l'intelligence. Si on me fait revenir, comme je l'espère, je vous expliquerai tout. Je n'aurais pas fait l'imbécile, je ne serais pas là, c'est bien de ma faute et j'ai avoué au docteur qui, lui, voit ma lettre. Je lui demande d'être renvoyé et à vous mes chefs de reprendre mon service le plus tôt possible et de le faire convenablement. J'espère et je veux même rattraper le temps que j'ai perdu. Comptez sur moi, on peut me faire examiner devant plusieurs majors, je ne m'énervrai pas et je suis capable de bien raisonner. Je compte sur une prompt réponse de votre part et suis votre serviteur. »

B...,

A la maison de santé de Clermont.

Une autre lettre qu'il nous adresse personnellement avec la mention « confidentielle » nous donne encore quelques renseignements utiles sur son état d'esprit.

« Monsieur le docteur,

« J'ai avoué au commandant que je ne suis ni fou ni idiot. Les preuves les plus certaines, c'est que dans la vie civile je me mettais à n'importe quel travail, j'y arrivais. Quant au point de vue de l'instruction, j'apprends ce que je veux. Il y a deux ans, la Préfecture m'a délivré un carnet de forain; si j'avais été idiot, on ne me l'aurait pas donné. Dans mon métier de camelot, il m'est arrivé de donner quelques indications aux agents en bourgeois, j'ai fait faire des prises justes, j'en suis sûr. C'est secret, gardez cela pour vous. *Avant de partir au service, je faisais l'imbécile exprès à seule fin que si on allait aux renseignements que l'on dise que je suis un peu fou.* Je ne l'étais pas. Si j'ai simulé cette maladie de gesticuler et de rire aux éclats, c'était dans la conviction de retourner chez moi, je n'aurais pas cru qu'on m'aurait interné. Je me conduirai bien à seule fin que vous demandiez mon renvoi le plus tôt possible, sans vous provoquer. En me faisant passer une revision, je suis

sûr qu'on me reprendra, je me sens capable de reprendre les armes. Gardez-moi le moins longtemps possible, ayez un peu d'indulgence pour moi. En ne restant pas longtemps ici, je serai moins punissable, car le temps que j'ai perdu, il me faudra un peu d'émulation pour le rattraper.

« Dans la bonne résolution de ne plus recommencer ce que j'ai fait, ayez maintenant la bonté de me faire travailler et de vous occuper de moi en écrivant à mes chefs qu'ils me reprennent. Monsieur le docteur, vous me donnerez une réponse, s'il vous plaît, je sais bien que vous ne pouvez pas me renvoyer aujourd'hui, je ne suis pas naïf à ce point.

« Je vous salue, votre serviteur.

B... »

Ici s'arrête notre observation, le malade n'ayant présenté, depuis ces deux lettres, aucun symptôme particulier. Il reste parfaitement calme, docile, cherche à s'occuper et ne montre un peu d'inquiétude qu'au sujet des mesures qui seront prises à son égard.

Une objection pourra nous être faite et nous voulons y répondre de suite.

Le malade n'aurait-il pas simulé à l'asile comme à la caserne? Disons d'abord que l'agitation maniaque est un phénomène tellement fréquent à l'asile que le médecin en a de nombreux exemples sous les yeux et serait inexcusable de se laisser prendre à la supercherie.

En surplus il faudrait admettre qu'un individu n'ayant su produire auparavant qu'une grossière imitation est arrivé d'un seul coup à la perfection, c'est-à-dire en supprimant de son jeu tous les phénomènes exagérés ou en désaccord avec le syndrome maniaque pour se borner à copier ceux qui sont pour ainsi dire classiques, y joindre le facies particulier, la rapidité du pouls, etc.

Enfin, et cet argument sera pour les sceptiques, il ne faut pas oublier que B... n'a cessé de réclamer sa mise en liberté, qu'il préfère tout, même le conseil de guerre, à la vie d'asile, et l'on admettra que c'eût été un étrange moyen de reconquérir sa liberté que de simuler la folie.

En résumé nos conclusions sont les suivantes :

1° Le malade est un prédisposé névropathique héréditaire ;

2° Il a simulé dans un but déterminé, pendant cinq

mois, des symptômes grossiers, ridicules, exagérés, ressemblant très vaguement à ceux de l'agitation maniaque, symptômes pour lesquels néanmoins il se sentait une aptitude instinctive;

3° Les troubles cérébraux qu'il a présentés à l'asile n'ont pas été simulés; cette simulation serait en outre absurde et inexplicable puisque le malade réclamait instamment sa mise en liberté;

4° L'apparition de ces troubles cérébraux véritables après une longue période de simulation nous confirme dans cette opinion que ceux-là seuls songent à simuler qui possèdent déjà une tare mentale et que les esprits normaux n'ont jamais recours à cet expédient.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1901.

I. — *Sur l'ataxie de Friedreich*; par le D^r Schœnborn (numéro de janvier). — Depuis que Friedreich a donné son nom à cette maladie, deux cents cas ont été publiés. L'auteur en rapporte de nouvelles observations. Dans ces nouveaux cas il s'agit d'une affection se développant chez des sujets jeunes, et caractérisée par une ataxie marquée de tous les muscles, avec troubles de la marche et du langage, abolition des réflexes tendineux, et conservation de la sensibilité avec absence de troubles oculaires. Un seul des cas s'éloignait de la forme typique et pouvait faire penser à une maladie systématique combinée de la moelle et du cervelet.

L'infection (diphthérie, variole, etc.) est citée 42 fois comme cause sur les 200 cas publiés. Une des observations de l'auteur est également relative à un cas survenu au cours d'une diphthérie; mais il estime que le facteur principal est une disposition familiale et héréditaire du système nerveux central. Celle-ci, sur 200 cas, est en effet invoquée 114 fois, et exclue 12 fois seulement.

La grossesse et les traumatismes seraient des causes adjuvantes.

La déformation de la colonne vertébrale, mentionnée par Friedreich, est signalée dans 60 observations, et aussi dans les quatre cas nouveaux. Ce serait un trouble de la croissance, parallèle à un trouble de développement de la moelle.

Les 26 cas avec troubles psychiques paraissent être des formes mixtes avec extension des lésions au cerveau.

Quant aux cas où les réflexes tendineux étaient conservés ou même augmentés, ils auraient évolué sans que les racines pos-

térieures fussent intéressées, ou avec une lésion précoce des faisceaux pyramidaux. Le signe de Babinski, depuis qu'il est connu, a été généralement observé, notamment dans dix observations de R. Cestau, et deux fois dans les quatre observations de l'auteur. R. Cestau donne une explication ingénieuse de ce phénomène, par lequel il explique et la flexion exagérée des orteils, si fréquente dans la maladie de Friedreich, et la production du pied bot. Il voit dans ces accidents l'expression d'un phénomène de Babinski permanent, produit par l'excitation de la plante des pieds pendant la station debout et la marche.

II. — *Le Tabes chez la femme*; par le D^r E. Mendel (numéro de janvier). — Si tous les auteurs ont constaté la fréquence moindre du tabes chez la femme, ils sont loin d'être d'accord sur la proportion relative des cas dans les deux sexes. Fournier donne celle d'une femme pour 26 hommes, Westphal celle de 1 p. 2,7, et Reinach celle de 1 p. 3,3. L'auteur, sur 42.464 malades traités à la polyclinique, a trouvé 3,53 p. 100 de tabétiques hommes, et 1,31 p. 100 de femmes. C'est la même proportion relative que celle indiquée par Westphal. On peut donc dire que, pour la clientèle des hôpitaux du moins, le tribut payé par le sexe masculin au tabes, comme cela a été constaté aussi pour la paralysie générale, est triple de celui que paie le beau sexe. Dans les classes aisées l'auteur a constaté une proportion huit à dix fois moindre de cas de tabes chez la femme.

L'affection survient plus tard chez la femme, entre trente-cinq à quarante-cinq ans seulement, au lieu de trente à quarante. Autant par stérilité que pour cause d'avortement et de mortalité infantile, les ménages sans enfants sont plus fréquents quand c'est l'épouse qui est tabétique.

Quant au rôle de la syphilis, l'auteur estime que l'étude du tabes chez la femme est peu propre à élucider la question; aussi Kuhn et Guttmann sont-ils arrivés à des conclusions absolument contraires. Néanmoins l'influence de la syphilis sur la stérilité étant connue, l'auteur estime qu'on ne saurait considérer comme un fait fortuit la fréquence de la stérilité chez la femme tabétique.

De même que pour la paralysie générale, l'évolution du tabes est plus lente chez la femme, les symptômes sont moins accusés, et l'hystérie est une complication fréquente.

III. — *Nouvelle méthode de coloration des cylindres-axes*, par

imprégnation des sels d'argent; par le Dr Fajersztajn (numéro de février). — L'auteur expose la technique de son procédé et les résultats obtenus. De par sa nature ce travail n'est pas susceptible d'être résumé. Il est basé sur l'action colorante élective des sels d'argent sur les cylindres-axes. Quoique déjà fertile en résultats, le procédé, au dire de l'auteur, est susceptible d'être heureusement perfectionné par des recherches ultérieures.

IV. — *Diagnostic des neurasthénies et hystéries traumatiques par mensuration de la pression sanguine*; par le Dr Strauss (numéro de février). — Les émotions, la douleur produisent des variations depuis longtemps connues de la pression sanguine dans les cas de névroses fonctionnelles. Pratiquement ce fait peut être utilisé pour diagnostiquer les névroses en général, et surtout les névroses traumatiques, et par suite pour démasquer la simulation.

Les recherches faites par l'auteur d'après la méthode de Gastner lui permettent d'affirmer que des pressions élevées (de 110 à 130 mm.), constatées à diverses reprises chez des personnes suspectes de névrose fonctionnelle, sont un argument en faveur de la névrose, s'il n'existe ni artério-sclérose, ni néphrite, ni saturnisme.

Le procédé permet aussi de vérifier l'existence des points douloureux accusés par des simulateurs : on obtient des variations de 15 à 40 mm., selon qu'on applique le tonomètre en comprimant le point douloureux ou sans exercer de pression.

Dans deux cas de sciatique et aussi en provoquant une douleur par pincement de la peau chez une personne saine, l'auteur a observé des variations de pression sanguine de 25 à 30 mm.

La méthode donne donc un signe objectif des névroses traumatiques ; mais elle doit être appliquée avec précaution, puisque chez l'homme les efforts physiques, la tension de l'esprit, peuvent causer des variations de pression de 10 à 20 mm.; il faut donc s'arranger de manière à éliminer cette cause d'erreur.

V. — *Dysphagia amyctactica*; par le Dr Rossolimo (numéros de février et mars). — Les phénomènes d'inhibition exercés par les centres nerveux supérieurs sur certains réflexes sont bien connus : ils ont pour facteur direct l'attention, qui est elle-même consécutive aux émotions, surtout à la frayeur. Dans certains cas l'inhibition peut aller jusqu'au trouble durable de certains réflexes (impuissance par défiance de soi-même, troubles respiratoires, bégaiement, ataxie, aphasie et autres amyotaxies céré-

brales). — Ces troubles s'observent surtout chez les dégénérés au même titre que d'autres tics, obsessions, etc.

L'auteur a spécialement étudié les troubles de déglutition se produisant par ce mécanisme, sans aucune lésion organique. Il rapporte huit observations, qu'il décrit sous le nom de dysphagia amyotactica. Ce n'est pas une maladie nouvelle, mais un syndrome relevant d'une entité nosologique, qui tient une large place dans la neuro-pathologie moderne.

De ces huit observations il résulte que cette dysphagie particulière s'observe surtout chez des dégénérés avec stigmates somatiques et psychiques. Le mal débute dans l'adolescence et peut persister jusqu'à un âge avancé. Toute émotion peut être une cause adjuvante. L'auteur, dans trois cas, a vu cette affection se développer sous l'influence de l'attente inquiète, par la femme, d'un mari s'attardant au cabaret, émotion liée par conséquent à l'idée de boire. La dysphagie s'accuse tantôt par l'impossibilité d'avaler, tantôt par la sensation d'un obstacle à la déglutition, tantôt par la crainte obsédante de ne pouvoir avaler sans « s'étrangler ».

L'impossibilité de déglutir existe parfois pour les solides seulement, d'autres fois uniquement pour les liquides, et d'autres fois pour toute espèce d'aliment.

Ce syndrome est souvent très tenace et sujet à récurrence. Il paraît moins rebelle quand il est compliqué d'hystérie et de phobies diverses, que lorsqu'il se présente isolé.

Il a de la tendance à disparaître avec l'âge.

Selon que le phénomène se produit par diminution de l'énergie de l'acte de déglutition, par trouble sensitif ou par voie psychique (frayeur, obsession), l'auteur admet une forme motrice, une forme sensitive et une forme psychique.

VI. — *Histologie des lésions par compression de la moelle à la suite de tumeurs de la colonne vertébrale* ; par le Dr Bielschowsky (numéros de mars et avril). — Ce travail comprend quatre articles parus dans les numéros de mars et d'avril, qui, malgré l'intérêt qu'ils présentent, ne sont pas susceptibles d'être résumés ici, tant en raison de leur nature même, qui exigerait plutôt une traduction, qu'en raison des figures qui y sont intercalées.

VII. — *Pathogénie des crampes du mollet* ; par le Dr Nake (numéro d'avril). — Féré, qui s'est occupé récemment de cette question (*Médecine moderne* 1900), compare les crampes du mollet à la contraction paradoxale de Westphal. Il fait remar-

quer que ces crampes se produisent aussi bien à la suite du relâchement des muscles (décubitus en chien de fusil) que par suite de contractions violentes (action de nager). Elles auraient leur origine dans l'hypotonie des muscles antagonistes, et sont fréquentes après les grandes fatigues chez les neurasthéniques, les épileptiques et les hystériques. Leurs facteurs principaux seraient, d'après Féré, le raccourcissement et le relâchement musculaire ; le surmenage, l'hystérie, l'épilepsie, etc., seraient des causes adjuvantes.

Les recherches de l'auteur le portent plutôt à expliquer les crampes par des phénomènes chimiques. Il invoque à l'appui de cette théorie les crampes du choléra, du typhus, du diabète, des intoxications par le plomb et l'arsenic ; ainsi que celles observées dans la grossesse et dans tous les états (varices, constipation, etc.) susceptibles de modifier, par suite de stase circulatoire, la composition chimique du sang.

Cela n'explique pas, il est vrai, la localisation des crampes au mollet ; peut-être pourrait-on l'expliquer par des dispositions anatomiques et mécaniques.

L'auteur ne croit pas, avec Féré, que les crampes soient plus fréquentes chez les sujets névropathes. Il croit que si certaines flexions et extensions peuvent être une cause adjuvante de la production des crampes, la cause principale est d'ordre chimique, et que l'origine des crampes est périphérique ; car si elle était d'origine centrale, les crampes devraient être bien plus fréquentes dans les psychoses et dans la paralysie générale.

VIII. — *Contribution à l'étude de l'aphonie optico-sensorielle* ; par le Dr Rosenfeld (numéro de mai). — L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-trois ans, ayant subi un traumatisme crânien à gauche (dépression circulaire du crâne de 5 à 6 centimètres cubes de l'os entre l'occipital et le temporal, fêlure de l'os frontal).

A la suite de ce traumatisme, parésie faciale directe, décollement de la rétine gauche et déchirure de la choroïde. A droite la vue est normale. Pas de troubles psychiques ; mais troubles du langage consistant en aphasie optico-sensorielle, aphasie dite tactile. Pas de cécité mentale.

L'inspection permet de localiser la lésion cérébrale à la partie inférieure du lobe pariétal et à la partie postérieure de la première circonvolution temporale, s'étendant en haut jusqu'au gyrus marginalis, en arrière jusqu'au gyrus angularis.

La lésion siège donc à la région dans laquelle Naunyn localise 40 p. 100 des aphasies dites indéterminées.

D'après Naunyn l'aphasie à la suite de lésion de la circonvolution de Wernicke est l'aphasie sensorielle, dont Wernicke décrit deux formes principales : l'aphasie acoustique avec surdité verbale, et l'aphasie optique avec cécité verbale.

Freund a surtout décrit l'aphasie optique, à laquelle se rattache le cas de l'auteur : elle est caractérisée par ce fait, que malgré l'intégrité de la vue et de la vie psychique, le malade ne peut dénommer les objets qu'il voit, tout en conservant la faculté de s'en servir convenablement ; mais il arrive à les dénommer à l'aide d'autres sens, du toucher par exemple.

Parmi d'autres faits intéressants de l'observation de l'auteur, il faut retenir l'apparition d'une aphasie tactile spéciale. C'est ainsi que le malade, ayant dans une main une boule de fer et dans l'autre un cylindre du même métal, peut dire qu'il touche du fer, mais est incapable de distinguer la forme des objets touchés.

De même il pourra reconnaître au toucher du verre, de l'eau, mais ne pourra nommer un couteau, une clef. Pour identifier les premiers objets, des sensations tactiles simples suffisent ; pour identifier les seconds il faut des notions de forme, d'étendue, etc., qui en créant l'image visuelle souvenir, amènent le mot.

Il existe donc des cas où l'identification par réviviscence de l'image visuelle au moyen des sensations tactiles est impossible : il y a une aphasie tactile.

Les observations de Freund rapportées par l'auteur ne permettent pas d'affirmer que c'est là une loi générale ; mais l'auteur insiste sur ce point, qu'en étudiant dans l'aphasie optique l'influence des sensations tactiles, il importe de distinguer si l'identification a lieu au moyen de sensations tactiles simples, ou si le toucher a besoin d'être secondé par des représentations optiques.

IX. — *Du rapport des rêves avec les idées délirantes* ; par le Dr Kozowsky (numéros de mai et juin). — Cette question a déjà été touchée par Esquirol, qui dit à propos des hallucinations : « L'homme donne un corps aux produits de son entendement, il rêve tout éveillé ». Baillarger a aussi insisté sur l'influence des rêves dans le développement des psychoses ultérieures. Simon, Marco et Féré ont également étudié cette question. Féré a surtout décrit les rêves chez les épileptiques,

et estime que ceux-ci peuvent même apparaître comme équivalents des crises ; il a établi que les rêves et le délire ont une étiologie commune.

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme héréditairement taré, porté à l'onanisme et aux excès alcooliques, pouvant suivre les classes du collège, mais s'y révélant inférieur pour les branches où la mémoire ne joue pas le principal rôle.

Ayant eu des difficultés avec ses maîtres, il fait un rêve dans lequel il se dispute avec un de ses professeurs, le seul d'ailleurs qui fût content de lui, et le tue. A la suite de ce rêve l'idée l'obsède, à l'état de veille, de tuer ce maître. Pour motiver cette idée, il se propose de demander à ce maître une recommandation pour ses collègues, et de le tuer en cas de refus. Cette idée de meurtre disparaît bientôt. Ensuite survient une scarlatine. Après la convalescence, le maître en question a également à se plaindre du travail de l'élève. Alors l'obsession homicide revient chez celui-ci. Il emporte un couteau en classe, se fait mettre à la porte de la salle ; après dix minutes de station dans le corridor il rentre, demande pardon à son maître, en reçoit un accueil froid et lui porte un coup de couteau mortel. Il rentre chez lui, se met tranquillement à dîner, et quand la police arrive il dit simplement : « Il l'a mérité, il ne devait pas être fier. » Paraît plutôt soulagé que repentant.

Le rêve chez ce jeune homme aurait été un phénomène intermédiaire entre l'irritation psycho-sensorielle et l'idée délirante.

L'auteur compare l'état de ce malade au délire d'emblée des dégénérés, mais sous une forme abortive ; de sorte que l'idée délirante bientôt disparue reste comme endormie dans la conscience, semblable à un feu couvant sous la cendre et prêt à se réveiller au moment propice.

Une altercation avec le maître fut l'occasion de ce réveil et aboutit au meurtre impulsif et inconscient.

X. — *Mouvements associés héréditaires* ; par le Dr Max Lévy (numéro de juillet). — L'auteur a observé un homme de trente-six ans, qui ne pouvait faire de mouvements d'un bras, d'une main, d'un côté de la face, sans faire les mêmes contractions musculaires dans l'autre moitié du corps.

La mère et un enfant de ce sujet présentaient les mêmes phénomènes d'association des mouvements.

Soumis à l'épreuve de l'écriture, le malade écrit de la main gauche d'une écriture adductive ; mais sur demande et avec

une grande facilité, d'une écriture abductive lisible seulement par transparence ou par réflexion (*Spiegelschrift*, écriture au miroir). Le fils fait la première lettre de son nom en écriture abductive de la main gauche, les autres lettres en adductive, et son prénom de nouveau en abductive, c'est-à-dire en écriture au miroir.

Il y a donc dans trois générations des mouvements associés avec tendance et même nécessité d'écrire en abductive, avec la main gauche.

L'auteur fait remarquer que plus on descend dans la série animale, plus les mouvements associés prédominent. Le nourrisson aussi tend à la fois bras et jambes vers sa nourrice; ce n'est que plus tard que la différenciation des mouvements se fait. Tous ces mouvements associés peuvent se faire physiologiquement, ce n'est que leur intensité ou leur caractère impérieux qui constitue un fait pathologique.

On ne saurait donc les imputer à des croisements anormaux des fibres nerveuses, mais plutôt à un phénomène d'arrêt, à un processus atavique dont la cause anatomique résiderait dans des rapports entre les cellules et les fibres nerveuses.

Le fils ne peut écrire de la main gauche qu'en abductive, le père donne aussi cette écriture avec une grande facilité; il faut en conclure que le centre de l'écriture a été développé aussi bien dans l'hémisphère droit que dans le gauche, au point que même le contrôle de la vue ne peut empêcher l'écriture (gauche) abductive lisible par transparence ou par réflexion seulement.

Quand donc on considère que chez les droitiers le centre du langage est dans l'hémisphère gauche et que, par analogie, il doit être à droite chez les gauchers, le fait signalé permet de conclure que chez les sujets observés chaque mouvement volontaire est lié à l'intervention active des deux hémisphères.

XI. — *Dysphagie psychique*; par le Dr Bechterew (numéro de juillet). — En l'absence de toute affection organique de l'œsophage, de toute contracture hystérique et de toute lésion anatomique du système nerveux, l'auteur a observé douze cas de dysphagie, qu'il attribue à un trouble fonctionnel des centres nerveux supérieurs, et, qu'avec Rosolimo, qui a observé des cas analogues, il appelle dysphagie psychique. C'est une espèce de névrose d'angoisse (comme l'érythrophobie), qui se traduit par la crainte de ne pouvoir avaler ou d'avaler de travers. Le phénomène peut s'observer pour les liquides comme

pour les solides. Tantôt il se produit au moment où le sujet se propose de prendre des aliments, tantôt l'idée obsédante naît sans cette condition. Le phénomène est généralement accompagné de palpitations et d'un état mélancolique. Il s'observe surtout chez les sujets tarés, hystériques, neurasthéniques. La suggestion, la faradisation, le bromure, les cardiaques, la codéine, ont donné à l'auteur des résultats favorables.

XII. — *Du réflexe hypogastrique*; par le D^r Bechterew (numéro de juillet). — A côté du réflexe abdominal, dont le centre est entre la 8^e et la 12^e paire dorsale, et du réflexe épigastrique qui aurait son centre au niveau des 4^e, 6^e et 7^e paires, Bechterew signale un réflexe hypogastrique, qui s'obtient par l'irritation de la peau de la face interne de la cuisse, près de l'aîne. Il se manifeste par une rétraction sensible de la région sus-inguinale, par suite de la contraction des muscles abdominaux inférieurs, vraisemblablement de la partie inférieure du muscle oblique. Le centre réflexe doit être situé au-dessous de celui du réflexe abdominal, dans les parties inférieures de la moelle. Selon que le siège d'une lésion médullaire est plus ou moins haut, le réflexe hypogastrique peut donc persister alors que le réflexe abdominal a disparu, et inversement. Il peut donc donner des indications pour le diagnostic, et cela même dans les cas ordinaires, puisqu'il a une constance plus grande que le réflexe hypogastrique, et qu'en cas d'hémiplégie il se comporte comme le réflexe abdominal, en se montrant diminué du côté paralysé.

XIII. — *Influence réciproque des aliénés (infection musicale)*; par le D^r Näcké (numéro de juillet). — L'observation, très détaillée, peut se résumer ainsi : Un débile mental agité, jadis épileptique, chante sans cesse dans un corridor, avec quelques variations, une mélodie comprenant quelques notes seulement; et il se trouve qu'un autre débile mental, qui est dur d'oreille et qui ne sait pas parler, est « infecté musicalement », et se met aussi à chanter fréquemment la même mélodie avec quelques légères variantes. L'auteur voit dans ce cas d'infection musicale un fait comparable à la « folie imposée », folie qui est bien plus superficielle que la « folie communiquée ». Le motif principal de la mélodie serait comparable à l'idée fixe; mais ce motif, en raison de la débilité mentale du sujet, n'a pu subir dans la suite tous les perfectionnements dont il était susceptible, comme cela aurait pu arriver pour le développement d'une idée fixe.

Néanmoins, on ne saurait comparer complètement la mélodie à l'idée fixe, attendu qu'un autre facteur entre en jeu : celui de la répétition, pendant des heures entières, de cette mélodie, fait qui est comparable à la « verbigération » des catatoniques impulsifs.

Si la contagion, sous forme de délire imposé ou communiqué, si l'infection motrice (imitation des gestes) ont été souvent signalées, l'auteur croit que son cas d'infection musicale est unique dans la littérature médicale.

XIV. — *Le réflexe de Babinski*; par le D^r Homburger (numéro d'août). — En irritant, chez un sujet normal, la plante des pieds, on produit une flexion plantaire des orteils sans mouvement de retrait du pied ou de tout le membre. Quand, dans ces conditions, le gros orteil subit isolément une flexion dorsale, cela constitue le phénomène de Babinski. L'auteur l'a recherché chez des sujets sains ou atteints d'affections nerveuses diverses. Il n'a pu l'observer chez aucun sujet sain, ni chez aucun sujet neurasthénique, hystérique, épileptique ou tabétique.

Par contre, sur quarante-sept cas de maladies des tractus cortico-spinaux, le réflexe de Babinski existait trente-six fois. Dans les cas où le résultat a été négatif, il faut éliminer ceux où une anesthésie complète de la plante des pieds ou une contracture permanente de tous les orteils n'a pas permis de rechercher le phénomène.

Quoi qu'il en soit, le réflexe a manqué dans dix cas sur quarante-sept; une fois, dans un cas de paralysie infantile cérébrale, et neuf fois chez des apoplectiques dont six avaient eu des ictus répétés. Chez l'un, la disparition complète des symptômes de paralysie indiquait suffisamment que les faisceaux pyramidaux n'étaient pas atteints.

L'absence du réflexe chez les sujets ayant eu plusieurs attaques d'apoplexie est frappante. Ceux-ci étaient presque tous des déments avec intégrité fonctionnelle des membres supérieurs. Est-ce un fait accidentel, ou faut-il chercher là l'explication du phénomène de Babinski? Dans tous les cas, l'interprétation basée sur l'analogie de l'absence des fonctions des faisceaux pyramidaux chez le nouveau-né, avec la dégénérescence secondaire de ces faisceaux par suite de lésions organiques, n'est pas admissible. L'auteur, en effet, a expérimenté sur des nourrissons, et a rarement obtenu chez eux la flexion dorsale isolée du gros orteil.

XV. — *Claudication intermittente*; par le D^r Oordt (numéro

de septembre). — L'auteur rapporte deux cas intéressants de cette affection, caractérisés par la diminution et même l'impuissance fonctionnelle de groupes musculaires, relevant non d'un domaine nerveux mais d'un domaine vasculaire. Dans les deux cas existait une diathèse angiopathique se manifestant, chez le premier malade, par une intolérance marquée, dès le jeune âge, pour la caféine et la digitale, et chez le second par une affection veineuse des jambes. Le fils de ce dernier malade avait d'ailleurs aussi des varices, et une fille était morte d'hémorragie interne.

L'auteur en conclut que la claudication intermittente a pour cause prédisposante une faiblesse constitutionnelle du système vasculaire, et pour cause déterminante la compression mécanique (bandages) ou des influences toxiques (nicotine, caféine). A la lésion principale artérielle peuvent se joindre des altérations veineuses qui provoquent de la stase et des phénomènes douloureux. Dans ce dernier cas, l'application de bandes et la position horizontale sont indiquées. Les médicaments excito-vaso-moteurs doivent être évités.

XVI. — *Histologie pathologique du système nerveux central dans un cas d'idiotie amaurotique familiale de Sachs*; par le D^r Frey (numéro de septembre). — Cette affection, décrite par Sachs, de New-York, est bien caractérisée comme entité morbide. Au point de vue clinique, elle se manifeste par les symptômes de l'idiotie, par de la paralysie des extrémités avec diminution ou exagération des réflexes, et par un signe observé dans tous les cas, qui consiste en une tache rougeâtre entourée d'un cercle blanc dans le voisinage de la tache jaune de la rétine, avec atrophie du nerf optique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'affection est moins bien étudiée. Depuis que Warren-Tay a décrit le premier cas, vers 1880, plus de trente observations ont été publiées, mais, le plus souvent, sans examen du système nerveux central.

Sachs a cependant, dans deux cas, procédé à cet examen, et des nombreuses altérations qu'il a constatées, il a conclu à l'existence d'une agénésie de la substance corticale de l'encéphale, à laquelle seraient liées les altérations de la moelle. La configuration extérieure du cerveau, semblable à celle du cerveau de l'idiot, le confirme dans cette manière de voir.

L'auteur, qui rapporte un nouveau cas avec examen microscopique des centres nerveux, combat l'opinion de Sachs. Pour lui il ne s'agit pas d'anomalies de développement, mais de

phénomènes de dégénérescence postérieurs à la naissance. Les altérations typiques du fond de l'œil et les lésions de l'encéphale et de la moelle lui font également rejeter l'hypothèse d'une diplégie cérébrale, soutenue par Freud.

Les lésions, d'après lui, consistent en un processus dégénératif atteignant un système nerveux central normalement développé, spécialement dans la partie corticale. Cette dégénérescence entraînerait la disparition des fibres dans les parties centrales du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée et de la moelle dorsale.

Ce serait un processus dégénératif diffus, que Schæffer a comparé à la sclérose latérale amyotrophique, mais se distinguant de ce dernier en ce qu'il se produirait non pas chez l'adulte, mais chez l'enfant à la mamelle.

XVII. — *De l'idiotie amaurotique paralytique familiale de Tay-Sachs*; par Higier (numéro de septembre). — L'auteur rapporte deux nouveaux cas de cette affection qui, d'après lui, est si nettement caractérisée que lorsqu'on voit, après un développement normal de plusieurs mois, un enfant devenir apathique, cesser progressivement les mouvements spontanés, ne plus pouvoir tenir droit sa tête et son dos, et présenter en outre de l'hyperacousie, on peut affirmer à coup sûr l'existence des taches caractéristiques de la rétine et le caractère familial de l'affection.

Son premier cas concerne un enfant qui de huit frères et sœurs est seul atteint; mais l'auteur estime que l'absence de l'affection chez les ascendants, ou dans la même génération, ne saurait suffire pour dénier le caractère hérédofamilial de la maladie, lorsque les autres caractères existent.

L'autre cas concerne un enfant que l'auteur n'a vu qu'une fois. Il n'a pas fait l'examen ophtalmoscopique, son diagnostic ayant effrayé la mère qui n'a pas ramené le petit malade. Mais quelques années après la mort de celui-ci, l'auteur a eu l'occasion de constater chez un de ses frères cette affection hérédofamiliale. Ni les taches du fond de l'œil ni aucun des symptômes décrits dans le type de Tay-Sachs n'ont fait défaut.

Il est d'avis que la cause de la maladie est une dégénérescence atteignant, dans le cours de la première année, un système nerveux normalement développé, et amenant la destruction progressive des cellules de l'écorce, notamment des grandes cellules pyramidales et aussi des fibres tangentielles et rayonnantes.

Enfin l'auteur fait remarquer que, sur 26 cas publiés, 24 concernent des enfants israélites. Il croit que ce fait, qu'il ne saurait d'ailleurs expliquer, ne saurait être imputé au hasard. Il y a là un problème à résoudre, et qui se pose aussi pour la claudication intermittente. Sur 23 observations relatives à cette affection, 22 concernent également des israélites.

XVIII. — *Vomissements stercoraux dans l'hystérie*; par le D^r Bregman (numéro d'octobre). — Après avoir rappelé toutes les affections graves simulées par l'hystérie, telles que : ulcère de l'estomac, tumeurs, appendicite, occlusion intestinale, l'auteur cite de nombreux cas de laparotomie auxquels ces erreurs de diagnostic ont donné lieu. Il rapporte une observation personnelle concernant une jeune fille présentant, avec de nombreux stigmates d'hystérie, un certain nombre de symptômes dont chacun pris isolément eût semblé l'indice d'une affection organique grave.

Parmi ceux-ci, il relève les vomissements stercoraux, et aussi un prolapsus du rectum consécutif à des efforts de défécation faits par la malade pour échapper à une intervention chirurgicale dont elle se savait menacée. Ce prolapsus fut guéri par des cautérisations autour de l'anus, à la suite desquelles disparurent également les vomissements stercoraux et la plupart des autres symptômes.

L'auteur fait remarquer que si à certains moments, alors que la malade vomissait des matières fécales, les lavages d'intestin amenaient aussi de ces matières, il arriva aussi qu'au plus fort des vomissements stercoraux l'eau revenait absolument claire de l'intestin. Il y avait donc à ces moments occlusion intestinale. Est-ce par paralysie ou par contracture?

L'auteur n'a pu l'établir; mais il est porté à incriminer l'exagération des mouvements antipéristaltiques, qui a été démontrée expérimentalement par des médecins qui ont retrouvé dans les matières vomies des substances injectées depuis très peu de temps par la voie rectale.

Quant aux hématomésés des hystériques, l'auteur est disposé à les attribuer à une tendance des muqueuses à saigner sous l'influence de la moindre irritation. Il a en effet constaté cette tendance sur le rectum en prolapsus de ses malades.

XIX. — *Des réflexes de la face et de la tête*; par le D^r Bechterew (numéro d'octobre). — La signification des réflexes prenant en clinique une importance de plus en plus marquée, l'auteur a jugé intéressant d'étudier ceux de la face et

de la tête. Il en signale cinq qui, de haut en bas, sont : le réflexe conjonctival, l'oculaire, le jugal ou zygomatique, le nasal, le mandibulaire ou maxillaire.

Le réflexe oculaire (contraction de l'orbiculaire des paupières), que l'auteur obtient généralement des deux côtés en percutant un point quelconque de la région fronto-temporale ou même de la région zygomatique, dans laquelle le nerf sus-orbital (frontal externe) n'envoie pas de ramifications, n'est donc pas lié, comme le dit M. Carthy, à l'excitation du nerf sus-orbital. C'est plutôt un réflexe périostique dont l'arc s'étendrait du trijumeau et du noyau sensitif de ce nerf au noyau de la branche supérieure du facial : ce qui lui donne une importance dans les lésions cérébrales situées au-dessus de ces centres, alors que bien entendu il n'existe pas d'affection périphérique du trijumeau ou du facial.

Il en est de même du réflexe zygomatique (contraction en arrière et en haut de l'angle de la bouche), qui se produit par percussion de l'apophyse zygomatique, et dont l'arc réflexe s'étend de la deuxième branche du trijumeau et de son noyau sensitif au noyau moteur de la branche inférieure du facial.

Le réflexe maxillaire qui, par percussion du maxillaire inférieur au niveau du masséter ou par percussion des dents, se manifeste par des mouvements de contraction (cloniques dans certains cas) imprimés à la mâchoire inférieure, a son arc réflexe dans la branche inférieure du trijumeau et son noyau sensitif, puis dans le noyau moteur du même nerf. Il est exagéré dans la pseudo-paralysie bulbaire, et parfois aussi dans la paralysie générale des aliénés. Sa recherche est surtout utile dans les affections périphériques ou centrales du trijumeau.

Enfin dans les réflexes muqueux, en dehors du conjonctival et du pharyngé, l'auteur signale le réflexe nasal (froncement du nez et contraction de la joue du côté où la muqueuse est excitée). La voie suivie est de la deuxième branche du trijumeau, par le noyau sensible de celui-ci, au noyau du facial. Ce réflexe disparaît dans les régions du trijumeau et du facial, ou en cas d'altération des voies du réflexe au niveau de la moelle allongée et du pont de Varole. Il est augmenté dans la névralgie du trijumeau.

XX. — *Epilepsie réflexe, par suite de sténose spasmodique de l'œsophage*; par le Dr Bregman (numéro de novembre). — Un homme de vingt-cinq ans est atteint depuis quinze ans de rétrécissement de l'œsophage. Ce n'est qu'au prix des plus

grands efforts qu'il arrive parfois à faire franchir le cardia à quelques aliments liquides ou solides ; le plus souvent tout est régurgité avant de franchir la portion rétrécie. Il en est donc réduit à se nourrir à la sonde. L'œsophage est très dilaté en amont de l'obstacle, ne présente pas de diverticule, et se remplit sans cesse de mucosités sécrétées par les parois.

Depuis quelques années, quand le malade fait des efforts pour avaler, se produisent des crises caractérisées par du tremblement et de la perte de connaissance, que l'auteur estime de nature épileptique. Il y aurait donc épilepsie réflexe par suite d'obstruction fonctionnelle de l'œsophage : car la marche de l'affection permet de rejeter l'hypothèse d'une lésion organique. L'hystérie et la neurasthénie doivent aussi être écartées.

L'auteur voit la cause de cette épilepsie réflexe dans l'irritation chronique de l'œsophage, puisqu'aussi bien les crises ne surviennent qu'au moment des efforts faits pour forcer le passage des aliments, et ne se sont montrées que quatre ans après le rétrécissement, alors que cette affection, par une irritation persistante, a pu causer des changements dans l'excitabilité des centres nerveux. Il serait intéressant d'en faire la démonstration en supprimant la cause et par suite l'effet ; mais l'auteur, peu confiant dans les résultats d'une intervention chirurgicale, se borne à administrer les bromures, pour diminuer les crises.

XXI. — De l'origine du nerf déprimeur de la circulation ; par le Dr Köster (numéro de novembre). — En 1886, Cyon et Ludwig décrivirent, sous le nom de « depressor cordis », un tronc nerveux, né de deux racines émanant l'une du nerf vague, l'autre du laryngé supérieur, et allant se terminer en rameaux fins entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Depuis on a considéré ce nerf déprimeur de la circulation comme le nerf sensitif du muscle cardiaque. Kazem-Bech et Smyrnoff ont même semblé établir que ce nerf se terminait dans les couches superficielles de ce muscle.

C'est là un fait que l'auteur conteste et qui, d'après lui, ne saurait être établi par la dissection. Par la méthode des dégénérescences et les recherches microscopiques, il s'est rendu compte que le « nerf déprimeur » naît du pôle supérieur du ganglion jugulaire (qui donne aussi naissance aux portions sensitives du nerf vague), d'une part, et du nerf laryngé supérieur d'autre part, et qu'il finit par ses extrémités périphériques dans l'artère aorte. Il n'est donc pas le nerf sensitif du muscle cardiaque, mais celui de l'aorte. Son action serait la

suivante : la contraction du ventricule gauche poussant l'ondée sanguine contre la paroi aortique produirait l'excitation du nerf dépresseur, et par voie réflexe la diminution de l'activité du centre vaso-moteur. La pression artérielle diminue de ce fait, et le travail du cœur en est facilité, d'autant plus que, comme nous le disent Cyon et Ludwig, le nombre des battements cardiaques diminue en même temps.

XXII. — *Le réflexe sus-orbital*; par le D^r Mac Carthy (numéro de septembre), et par le D^r Hudovernig (numéro de novembre). — I. Mac Carthy, en percutant le nerf sus-orbital (branche frontale interne du trijumeau), a observé des tremblements fibrillaires du muscle orbiculaire des paupières, même du côté opposé. En cas d'augmentation des réflexes, ils sont provoqués même quand la percussion a lieu vers la racine des cheveux; quand au contraire les réflexes sont diminués, il faut, pour provoquer les contractions musculaires, percuter le nerf à son point d'émergence. Il s'agirait donc là d'un réflexe pur, dont le circuit comprendrait la branche sus-orbitale de la cinquième paire, le trijumeau, le facial et son rameau palpébral; le réflexe existerait chez tous les sujets sains et manquerait dans les cas de paralysie faciale. L'auteur l'a vu faire défaut également dans un cas de tic douloureux et dans un cas de section du nerf sus-orbital.

II. Le D^r Hudovernig conteste l'interprétation ci-dessus. Pour lui il n'y a pas de réflexe, mais simplement extension de l'excitation musculaire à un muscle voisin innervé par le même nerf, ainsi que cela peut s'observer sur d'autres parties du corps.

Les mouvements fibrillaires de l'orbiculaire des paupières se produisent, dit-il, par la percussion du muscle à n'importe quelle partie de la région frontale, et par conséquent aussi quand la percussion a lieu sur le trajet du nerf. Le phénomène est supprimé du côté atteint quand il y a paralysie faciale, et diminué quand il y a parésie; mais il se produit avec l'intensité ordinaire du côté sain, et cela aussi bien quand l'excitation part du côté malade que lorsqu'elle est appliquée au côté sain.

Le rôle du facial est ainsi mis en évidence. Quant au rôle du trijumeau, l'auteur le tient pour nul puisque, contrairement à ce qu'a observé Mac Carthy, il a vu le tremblement fibrillaire se produire des deux côtés après l'ablation du ganglion de Gasser et la résection du trijumeau du côté droit.

Le phénomène ne constitue donc pas un réflexe, attendu que le nerf sensitif n'entre pas en jeu; aussi ne saurait-il avoir de

signification pathognomonique dans les affections nerveuses et mentales.

XXIII. — *Foyers symétriques de ramollissement dans les deux lobes frontaux et névrite optique*; par le Dr Zacher (numéro de décembre). — L'auteur rapporte une observation très détaillée et très intéressante de ramollissement symétrique des lobes frontaux, siégeant dans la moitié antérieure de ces lobes et localisé spécialement dans leur portion sous-corticale. L'écorce elle-même était peu touchée, et toutes les autres parties de l'encéphale étaient intactes. Ce cas, nous renseignant sur les effets produits par l'ablation des parties antérieures des deux lobes frontaux, devient en quelque sorte une expérimentation naturelle sur les fonctions de cette région.

Nous devons nous borner à signaler les effets observés. Il faut remarquer, en premier lieu, l'absence complète de troubles moteurs. Les quelques troubles de ce genre observés après l'ictus doivent être considérés comme des phénomènes provoqués par l'influence de voisinage. Ils ont en effet disparu peu de temps après, tandis que pendant les quelques semaines de survie du malade se sont uniquement manifestés des troubles psychiques.

Parmi ceux-ci apparaît surtout la perte de la faculté d'attention et de la mémoire. Le malade avait conservé la faculté de percevoir: il reconnaissait sa femme ou sa domestique à la voix (il était atteint de cécité). Mais il ne se rappelait pas qui lui avait parlé en dernier lieu, il ne possédait plus la notion du temps, il ne savait pas s'il avait déjeuné, etc. Par contre il pouvait bien rendre compte des faits de sa vie, antérieurs à l'ictus.

Un autre symptôme de l'ordre psychique consistait en l'absence de toute réaction émotive devant les faits extérieurs et les modifications de sa propre personnalité. Paraissant insensible aux démarches que faisait pour le voir sa famille éloignée, le malade ne manifestait ni regret du départ ni satisfaction du retour. Il ne montrait aucune conscience de son triste état physique, de sa cécité, au point qu'il lui arriva de demander une lampe, croyant être laissé dans l'obscurité. Il semble que les sensations et les impressions lui arrivaient encore, mais n'éveillaient plus chez lui qu'une partie des idées s'y rattachant. Cet état ne pouvait être mis sur le compte de l'indolence, de l'apathie, car il répondait généralement avec promptitude et justesse et était même porté aux répliques plaisantes et spiri-

tuelles. Ce n'était pas là cette anesthésie psychique qu'on observe chez certains paralytiques, déments ou alcooliques chroniques, car la mémoire, pour les événements et les connaissances acquises avant la maladie, était indemne et lui permettait un judicieux et pratique entendement de ses affaires.

Enfin un dernier symptôme psychique signalé par l'auteur est la manie de faire de l'esprit, « Witzelsucht » d'Oppenheim, de raconter des histoires drôles dans un argot de gavroche. A ce sujet, l'auteur fait remarquer que les allures humoristiques, chez les sujets atteints de tumeurs des régions frontales de l'encéphale et aussi chez certains paralytiques et déments séniles, avaient déjà été signalés par Jastrowitz, Oppenheim et Bruns qui ont été tentés de faire de cette disposition d'esprit un symptôme de lésions frontales.

L'auteur paraît plutôt disposé à expliquer cette tendance des malades à l'humour par ce fait que, inconscients de la gravité de leur état, ceux d'entre eux qui avaient l'esprit tourné à la plaisanterie n'ont aucun motif pour changer leur manière d'être. Cela lui paraît d'autant plus probable que les observations relatives à ce sujet ont été prises surtout sur des Berlinoises, gens, comme on sait, enclins à faire de l'esprit, et que son malade, d'après les renseignements recueillis, montrait avant sa maladie un goût habituel pour les remarques spirituelles en jargon berlinois.

Chez lui, la mauvaise humeur, l'irascibilité, signalées par différents auteurs, faisaient défaut.

L'autopsie a permis de constater que la cécité qui compliquait et obscurcissait le diagnostic pendant la vie était due à une névrite optique double, par conséquent sans rapport direct avec le ramollissement.

Dr ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

- I. *Geschlecht und Krankheit (Sexe et Maladie)* ; par le D^r P.-J. Möbius, de Leipzig. — II. *Geschlecht und Entartung (Sexe et Dégénérescence)* ; par le même, 2 broch. in-8°. Halle-sur-Saale, Charles Marhold, 1903.

I. — L'expérience tentée par l'auteur, lors de sa publication « Sur l'imbécillité physiologique de la femme », l'a induit, vu les résultats, à fouiller plus avant dans le fonds des dissemblances sexuelles. De là, un certain nombre d'« Apports », de contributions à la doctrine de ces différences, sous forme de brochures intitulées : *Sexe et Maladie, Sexe et Dégénérescence, Sexe et volume céphalique, Art et Sexe, la Castration, etc.*

Dans la première de ces études, après avoir passé en revue les affections organiques spéciales à chaque sexe ou prédominantes chez l'un d'eux, le D^r Möbius examine de quelle façon ils se comportent en face de l'aliénation mentale. D'après lui, — et d'après les grandes statistiques, — la folie, en général, sévirait, à peu près également, sur l'homme et sur la femme. Si l'on compte à part les maladies exogènes (paralysie progressive, alcoolisme, etc.), les cas de psychoses féminines sont les plus nombreux. L'analyse des groupes morbides nous apprend, à son tour, que le délire maniaco-dépressif atteint, plus souvent, la femme ; la paranoïa, l'inversion sexuelle, l'épuisement chronique frappent, surtout, l'homme. La mélancolie, la démence précoce, la dégénérescence légère, se partagent les deux sexes, avec cette particularité que la catatonie et les expressions hystériques sont, plutôt, d'ordre féminin, l'hébétéphrénie et la névrose hypocondriaque plus spéciales au sexe fort.

Ce sont là des indications générales ; car, vouloir pousser au détail devient chose délicate. Les statistiques les mieux faites sont sujettes à caution : les formes varient selon le temps et le lieu, les nomenclatures diffèrent, les appréciations ne sont pas unanimes ; il faut donc n'utiliser ces inventaires qu'avec une certaine réserve. Comme exemple de supputation intéressante,

l'auteur relate les pourcentages du D^r Garnier (préfecture de police), établis d'après 8.130 aliénés et ordonnés selon la classification de Magnan ; ils démontrent, eux aussi, que la femme, plus que l'homme, paie un large tribut aux psychoses endogènes.

II.—L'objet que se propose, ici, l'écrivain est de montrer que toutes les variations sexuelles sont des signes de dégénérescence et que cette inharmonie génitale constitue, même, l'un des plus importants.

Il expose, d'abord, ce qu'est l'Homme normal, dans une description parallèle des éléments du couple humain ; il aborde, ensuite, les troubles de la sexualité et analyse : 1° Dans l'ordre physique : l'hermaphrodisme, l'hypospadié, la kryptorchidie, la gynécomastie, l'effémination, l'infantilisme, l'« hommasserie », l'hypertrophie clitoridienne, l'inaptitude à l'allaitement, etc... ; 2° dans l'ordre intellectuel : a) Les aberrations de l'instinct génésique ; b) l'effacement de la sexualité. Bien qu'étudiant isolément chacune de ces anomalies, l'auteur a soin de rappeler qu'il n'en est point, surtout parmi les dernières, qui ne s'accompagne d'une foule d'autres perturbations mentales, particulièrement dans l'ordre sexuel.

a) Les formes aberrantes de l'impulsion génitale comprennent, d'abord, l'exaltation et la torpeur : la première, tantôt fort précoce, tantôt impérieuse dans la vieillesse même ; or, « l'homme qui, toute sa vie, reste dominé par l' amoureux besoin, constitue un anormal. Plus vive apparaît l'exaltation, plus marqués se montrent les signes divers d'une mentalité en désarroi ». Ces degrés extrêmes sont rares ; le fait inverse, également, bien que la frigidité soit courante chez les dégénérés : leur indifférence physique est parfois complète, alors que le désir se produit normalement, ou, même, parle haut. Pour l'un et l'autre cas, la règle est dans la moyenne. Il existe d'autres perversions, qualitatives celles-ci, de valeur plus fâcheuse encore, telles que le masochisme (bonheur dans la souffrance subie), le sadisme (plaisir dans le mal infligé), le fétichisme (substitution à l'objet physiologique, dans l'adoration et la volupté consécutives, de régions corporelles circonscrites ou d'accessoires divers : pieds, mains, fesses, cheveux, tabliers, jupons, souliers, gants, mouchoirs, etc.), l'uranisme (homosexualité) intermittent ou permanent, avec conservation ou inversion continues du psychisme sexuel normal (l'androphile qui, à l'égard de son partenaire, adopte, par tendance naturelle,

toutes les allures de la femme et s'y tient, la gynécophile qui, envers sa compagne, se conduit spontanément en homme et se cantonne dans ce rôle, sont assez rares; de plus, on relève en eux, comme indices dégénératifs concrets, bon nombre des attributs secondaires du sexe opposé). L'onanisme, à proprement parler, n'est pas une déviation de l'instinct génital, bien qu'il ait des rapports avec celui-ci; il sert, en quelque sorte, « d'échappatoire », d'émonctoire aux dégénérés insoucieux de copulation ou que la raison détourne de leur penchant à l'uranisme. La pédérastie n'a rien à voir, non plus, avec l'aberration génésique; il n'y a pas d'impulsion pédérastique, cette pratique n'étant qu'un subterfuge, issu d'obstacles ou d'obligations multiples, pour satisfaire autrement que par l'onanisme aux sollicitations naturelles.

Toutes les formes de l'égarement sexuel sont des manifestations de la dégénérescence congénitale. On a parlé de dégénérescence « acquise » (Krafft-Ebing), bien à tort; tout au plus, peut-elle être tardive dans sa patéfaction. Elle procède, constamment, d'un fonds primitif que ne sauraient guère transformer les moyens thérapeutiques : éducation, répression, hypnotisme, etc. Néanmoins ce dernier mode pourrait, peut-être, avoir quelque vertu dans l'hermaphrodisme psychique (bisexualité, uranisme intermittent). Outre les anomalies visées, tous les stigmates connus peuvent, isolément ou par groupes, signaler cette dégénérescence. — L'homme semble, plus que la femme, sujet aux variations de l'instinct reproducteur.

b) L'effacement des caractères différentiels entre les deux sexes est encore d'essence dégénérative; son principal facteur gît dans l'altération, la déchéance organiques. Les signes corporels le plus fréquemment notés consistent dans l'amplitude pelvienne, la faible pilosité tégumentaire, la hauteur de la voix, pour l'être mâle; chez sa compagne, s'observent : l'aménorrhée, la gravité vocale, l'apparition de la barbe, l'angulosité mandibulaire. Au moral, l'homme féminisé a quelque chose de chinois, de byzantin, de vieillot; c'est un ami de l'ordre, un modéré, irréprochable dans sa conduite, effacé dans ses habitudes et ses opinions. Instruit, appliqué, sentimental, il manque d'initiative, de personnalité, de volonté; il aime les réunions, les causeries, les conférences; il bavarde volontiers, mais adopte toujours l'avis général. Enfant, il fut docile, stable, pacifique, régulier et propre. La femme « virile », au contraire, est une révoltée; son rôle de chérie et de mère lui pèse; elle se sent

esclave et veut briser ses fers : au diantre, la nourricerie et le sentiment ! A elle, les carrières masculines ! L'homme, ce lourdaud, devient son ennemi ; elle s'estime son égale et entend l'être, de fait... Le nombre de ces semi-invertis augmente de jour en jour ; leur extérieur trahit leurs goûts : l'homme apparaît plus maniéré, soigne sa tenue, s'orne de bijoux et de fleurs, se parfume, s'intéresse aux modes féminines ; la femme porte les cheveux courts, le plastron, le col droit, le vêtement tailleur, affecte, parfois, l'allure dégagée, l'air dominateur : elle pratique l'escrime, l'automobilisme, le canotage, la natation, la littérature, en professionnelle résolue. Par un nivellement fâcheux, l'abîme intersexuel tend à se combler de plus en plus, au détriment de la race et de la prospérité sociale.

C'est à quoi, d'ailleurs, aboutissent, en général, toutes les aberrations de l'instinct sexuel. Les naissances perdent progressivement en nombre et en qualité : les invertis et les déviés n'ont pas d'enfants ou en procréent de fort médiocres, vu l'accumulation des tares héréditaires aggravées par l'allaitement artificiel ; or, les forces vives d'un peuple se mesurent aux chiffres de sa natalité, comme sa valeur aux conditions sanitaires des jeunes couches. Aucune intervention à tenter, en outre : la décrépitude des peuples et celle des individus sont également sans remède. Jusqu'à un certain point, toutefois, le médecin peut conseiller, guider, étayer de son expérience les victimes de la dégénération et, selon la gravité de leur état, les aiguiller dans la vie. Sur les cas légers, l'hypnotisme aura, sans nul doute, une action efficace ; dans les cas graves, rien à faire, sinon préconiser la continence, — absolue, — à laquelle viendra puissamment en aide le bromure de potassium.

Deux facteurs essentiels précipitent la déchéance humaine : l'alcoolisme et l'hérédité ; celle-ci transmet, celui-là empire le mal. La syphilis, les intoxications diverses, la misère sont, comparativement, des quantités négligeables. L'hérédité, fatale, échappe à nos moyens, dans la société actuelle : une mère, en effet, vole-t-elle un pain destiné à sauver de la mort sa progéniture affamée, la loi s'appesantit sur elle, la prison l'attend ; que cette femme, consciemment, jette dans le monde trois ou quatre enfants, syphilitiques, tuberculeux ou idiots, le fait est sans importance, et nul ne l'inquiétera. Il faudrait, donc, lutter énergiquement contre l'alcool, en songeant qu'un multiple assassin n'est guère qu'un poupon bien sage auprès d'une brasserie ou d'une distillerie. Assurément, là encore, des mesures

officielles, mesures d'urgence, mesures de salut public, s'imposeraient comme indispensables, — et n'existent pas...

E. NICOLAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Thirty-fourth annual report of the board of Commissioners of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania for 1903. 1 vol. de 435 pages cart. à l'anglaise. W. M. Stanley Ray, State printer of Pennsylvania, 1905.

— Accidents du travail. Névrite traumatique de la queue de cheval. Rapport médico-légal; par le D^r Armand Laurent, de Rouen. 8 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, séance du 10 juillet 1905.

— Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales; par le D^r J. Christian. 17 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques* (novembre-décembre 1905).

— Précis de psychiatrie; par E. Régis, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux. 3^e édition, entièrement refondue, avec 82 figures et 6 tracés dans le texte. 1 vol. in-8° de 1.082 pages, cartonné à l'anglaise. Paris, Octave Doin, 1906.

— Le régime des aliénés en Suisse, avec quelques données statistiques sur les sociétés suisses de secours aux aliénés; par le D^r P.-L. Ladame, privat-docent à l'Université de Genève. 76 pages in-8°. Genève, Société générale d'imprimerie, 1905.

— Les Prophètes juifs. Etude de psychologie morbide (Des origines à Elie); par le D^r Binet-Sanglé, professeur à l'Ecole de psychologie. 1 vol. in-18 de 325 pages. Paris, Dujarric et C^{ie}, 1905.

— Asile de Montdevergues (Vaucluse). Rapport médical pour l'année 1904; par le D^r Pichenot, médecin en chef. 44 pages in-8°. Avignon, imprimerie Eug. Millo, 1905.

— Les troubles psychiques chez les hémiplegiques organiques internés. Etude statistique, clinique et thérapeutique; par le D^r R. Benon, interne des asiles de la Seine. 137 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1905.

— Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral; par le D^r Bournéville. 24 pages in-18. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1905.

— Asile de Lafond (Charente-Inférieure). Rapport administratif et médical pour l'exercice 1904; par le D^r H. Mabilie,

directeur-médecin en chef. 114 pages in-8°. La Rochelle, imprimerie E. Martin, 1905.

— Ueber den Seelenbegriff. Vortrag gehalten in der Berliner psychologischen Gesellschaft am 19 october 1905, von D^r Paul Kronthal. 32 pages in-8°. Jena, Gustav Fischer, 1905.

— Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale; par le D^r L. Marchand. 239 pages in-18. Paris, O. Doin, 1906.

— I problemi della degenerazione; par le prof. Raffaele Brugia, du manicomio de Bologne. Avec une préface du professeur E. Morselli. 1 vol. in-8° de 431 pages. Bologna, Ditta Nicola Zanichelli, 1906.

— Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibl. Gemütskranke bei Riehen. Fünfte Jahresbericht (1 September 1904 bis 21 August 1905). 22 pages in-8°. Bâle, 1905.

— Ricerche sulla isolisi nei malati di frenosi maniaco-depressiva; par le D^r Angelo Alberti, du manicomio de Ferrare. 25 pages in-8°. Extrait de *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1905.

— Un caso di nanismo vero con arresto di sviluppo in toto; par le D^r Romolo Todescato. 21 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1905.

— Ricerche sul potere uro-tossico, siero-tossico e siero-emolitico nei malati di frenosi maniaco-depressiva; par le D^r Angelo Alberti. 39 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1905.

CORRESPONDANCE

A propos de l'absence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Dans le numéro de novembre-décembre 1905 des *Annales médico-psychologiques*, M. C. Dubos a publié un article dont le titre indique déjà la tendance, car il l'a intitulé *De l'absence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien* : il nie, en effet, d'une manière absolue, la présence du sucre dans ce liquide organique.

Avec beaucoup d'autres, nous avons cependant contribué à démontrer que cette présence était constante et que le sucre ne variait que dans des limites assez étroites à l'état normal. Le sucre manque dans quelques cas pathologiques, dans l' inanition, par exemple, comme nous l'avons constaté une fois, ou encore dans le cas de méningite, comme l'ont vu Sabrazès, Sicard et nous-mêmes.

Dans ce dernier cas, on peut penser que la diminution ou la disparition du sucre est due soit aux microbes, soit aux nombreux lymphocytes ou polynucléaires dont on constate la présence après centrifugation. Récemment encore, nous avons trouvé un chiffre de 0 gr. 24 dans un cas de méningite d'origine otique, alors que le chiffre normal nous paraît osciller entre 0 gr. 40 et 0 gr. 50 ou 0 gr. 55 par litre.

M. Dubos appuie principalement son affirmation sur le fait que la liqueur de Fehling, à l'ébullition, ne donne pas d'oxydure de cuivre ou donne un précipité gris d'acier, avec le liquide déféqué avec les sels mercuriques.

Or, dans l'exposé qu'il donne du procédé de la défécation par les sels de mercure, il dit qu'il ajoute du carbonate de soude qui produit un précipité rouge. Mais il oublie qu'il est *absolument* nécessaire de se débarrasser de la totalité du mercure en mettant, pendant un temps assez long, la liqueur neutralisée et filtrée en contact avec de la poudre de zinc, ainsi que l'un de nous (Boulud) l'a souvent écrit en collaboration avec M. le professeur Lépine. Tout récemment encore, M. Patein (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1^{er} mars 1906) insiste sur la nécessité de cette manipulation qu'il a le premier préconisée à juste titre.

C'est là, à notre avis, la cause de l'échec de M. Dubos, échec qui, du reste, n'en est peut-être pas un dans le cas où il obtient un précipité gris. Il est possible, en effet, que ce précipité soit dû à l'action du glucose sur une trace de sel mercurique resté dans la liqueur.

Pour nous, la présence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien reste un fait acquis.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de nos sentiments de haute considération.

LIANNOIS et BOULUD.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 4 avril 1906 : Sur la proposition du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le D^r BÉRILLON (Just-Edgard-Eugène), chargé de cours à l'école pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine; vingt ans de pratique médicale. Nombreuses et importantes publications scientifiques.

— *Arrêtés de mars 1906* : M. le D^r JOURNIAC, médecin en chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, en remplacement de M. le D^r GILBERT-PETIT, décédé;

M. le D^r SANTENOISE, médecin-adjoint de l'asile de Dijon (Côte-d'Or), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Ylie;

M. le D^r CASTIN, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon;

M. le D^r CHARUEL, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. le D^r VERNET, décédé;

M. le D^r BARUK, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon;

M. le D^r DUBOURDIEU, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire, en remplacement de M. le D^r PETRUCCI, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D^r ALLAMAN, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère);

M. le D^r FENAYROU, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), en remplacement de M. le D^r RAMADIER, nommé directeur-médecin de l'asile de Blois;

M. le D^r LEVRET, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence;

M. le D^r PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), poste créé.

M. le D^r BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés.

NÉCROLOGIE

D^r CONSTANT VERNET. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du D^r Vernet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle), décédé le 22 février 1906, dans sa cinquante-cinquième année, à la suite d'une grippe infectieuse contractée dans le service.

Constant Vernet naquit à Metz, le 13 mai 1851; il fit ses études médicales à Nancy et devint interne à l'asile de Maréville. Il choisit pour sujet de sa thèse inaugurale une question qui est toujours d'actualité : *La syphilis est-elle une cause de paralysie générale?*

Nommé, le 19 août 1887, médecin-adjoint de l'asile Saint-Luc, à Pau, il resta dans ce poste jusqu'à ce qu'il fût appelé à prendre la direction médicale et administrative de l'asile d'Auch (Gers). Il n'occupa ce poste que peu d'années; car dès 1895, il obtint la situation, tant désirée par lui, de médecin en chef de l'asile de Maréville, où une mort prématurée devait l'enlever à sa famille, à ses collègues et à ses malades qu'il soignait avec tant de dévouement.

Nous ne saurions oublier que le D^r Vernet organisa le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes, qui se tint à Nancy du 1^{er} au 6 août 1900. Tous ceux qui ont assisté à cette réunion se rappellent les excellentes relations que nous eûmes tous avec le secrétaire général, son aménité, sa bienveillance, ses efforts, couronnés de succès, pour que le Congrès dont il avait bien voulu assumer la pénible charge fût à la hauteur de ses aînés.

A ses obsèques qui eurent lieu au milieu d'un grand concours d'amis, de collègues et même de malades de son service, plusieurs discours furent prononcés. Nous détachons de celui de son collègue de Maréville, le D^r Pâris, les passages suivants qui, mieux que nous ne pourrions le faire, nous montrent les belles qualités de cœur et d'esprit de notre tant regretté confrère.

Vernet, dit M. Pâris, « a laissé partout le souvenir du praticien éclairé, aimant la profession qui lui permettait de répondre aux aspirations de son cœur, de protéger et de secourir; il s'est montré partout fonctionnaire exemplaire et d'une probité parfaite; il a mérité et gagné partout l'affection de ses collègues, de ses collaborateurs de tous grades, et de ses malades.

« Ses travaux, publiés ou manuscrits, notamment sa thèse inaugurale et ses rapports annuels, font ressortir mieux que je ne saurais le faire moi-même les qualités qui faisaient de Vernet un aliéniste, un chef de service hors pair et un excellent médecin légiste. Vernet fut, en effet, souvent choisi comme expert par les tribunaux des départements de l'Est; il s'attacha toujours à n'apporter à la justice que des avis basés à la fois sur son expérience, sur celle de maîtres incontestés, et dictés par le double souci des intérêts des inculpés et de la société. Une discussion méthodique, claire et sans phraséologie technique le conduisait toujours à des conclusions assez précises, et il témoignait ainsi, par la simplicité de son raisonnement cependant serré, qu'il n'oubliait pas non plus ceux qui, n'ayant pas fait d'études médicales, devaient le lire ou l'entendre; aussi a-t-il toujours donné satisfaction aux parquets qui l'ont chargé de tant de missions délicates.

« Enfin, il est tombé victime de son dévouement, ayant certainement contracté dans ses infirmeries la maladie qui l'a si promptement terrassé. Il est mort au champ d'honneur, ayant conquis l'estime de tous ceux qui l'ont connu, entouré par tous ses anciens camarades d'une affection fraternelle qui ne s'éteindra pas au bord de cette fosse.

« Voilà donc une existence bien remplie, faisant honneur à la profession médicale, à notre spécialité, et dont le souvenir doit atténuer la douleur de tous ceux, parents, amis et collaborateurs à tous les degrés, qui pleurent l'homme de bien auquel je dis ce dernier adieu. »

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS

DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Conformément à l'arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 23 janvier 1906, le concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'est ouvert le lundi 19 mars et s'est terminé le samedi 31 du même mois.

Le jury était composé de la manière suivante :

Président : M. le D^r DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. les D^{rs} JOFFROY, professeur de la

clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris ;

MAIRET, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Montpellier ;

RÉGIS, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique ;

DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne) ;

GIRAUD, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure) ;

SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine).

Membre suppléant : M. le D^r ANTREAUME, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Vingt-quatre candidats s'étaient fait inscrire, sur lesquels dix-huit seulement ont concouru. Seize furent admis aux épreuves orales, à la suite desquelles dix ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. Ce sont par ordre de classement, MM. les docteurs :

1° VURPAS, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris ;

2° DROMARD, interne de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police ;

3° DUCOS, interne des asiles de la Seine ;

4° CHARPENTIER, interne des asiles de la Seine ;

5° HALBERSTADT, interne à l'asile de Château-Picon, à Bordeaux ;

6° LEVASSORT, interne de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police ;

7° BENON, interne des asiles de la Seine ;

8° DADAYE, médecin-adjoint de l'asile de Privas (Ardèche) ;

9° DAMAYE, interne des asiles de la Seine ;

10° VIOLLET, interne des asiles de la Seine.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 20 mars 1906, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des ouvrages et mémoires envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions des prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — N° 1. Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales, par le D^r B. Pailhas, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur d'Albi.

Commission : MM. Magnan, Motet, Joffroy.

PRIX BARBIER. — N° 4. Traitement du goitre exophtalmique, par le D^r Jérôme Galiana Soriano, de Madrid.

Commission : MM. Laveran, Ménard, Reynier.

PRIX CHARLES BOULLARD. — N° 1. Contribution à l'étude de la paralysie générale. — Devise : « *Primum observare* ».

Commission : MM. Brouardel, Richer, Raymond.

PRIX CIVRIEUX. — N° 1. Devise : « *Ars longa, vita brevis* ».

N° 2. Devise : « *Le ramollissement cérébral... peut reconnaître deux causes très différentes : l'inflammation d'abord, et ensuite la suspension de la circulation par maladie des artères* ».

N° 3. Devise : « *Natura non facit saltus* ».

Commission : MM. Bouchard, Motet, Troisier.

PRIX DESPORTES. — N° 17. Thérapeutique des syndromes épileptiques basée sur les indications, par le D^r J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Commission : Section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — N° 1. Publications sur les paralysies des mouvements associés des yeux et des nerfs oculogyres, par le D^r A. Gaussel, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

N° 2. Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. — Les grands symptômes neurasthéniques (pathologie et traitement), par le D^r Maurice de Fleury, de Paris.

N° 3. Pathogénie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie, par le D^r Etienne Rabaud, de Paris.

N° 4. Les anesthésies psychiques dites nerveuses des hystériques, par le D^r Paul Blum, de Reims.

N° 5. Cécité et tabès, par le D^r André Léri, de Paris.

Commission : MM. Empis, Magnan, Landouzy.

PRIX ITARD. — N° 1. Maladies nerveuses, diagnostic et traitement, par le D^r J. Vires, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Commission : MM. Duguet, Hallopeau, Landouzy.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. Les prophètes juifs, étude de psychologie morbide (des origines à Elie), par le D^r Binet-Sanglé, professeur à l'Ecole de psychologie, à Paris.

N° 2. Le crime de la rue Pelletier-de-Chambure à Dijon, et l'état mental de son auteur, par le D^r Samuel Garnier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon.

N° 3. Série de travaux sur les maladies mentales, par le D^r Armand Laurent, de Rouen.

N° 4. La démence, par le D^r Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

N° 5. Diagnostic des maladies simulées, par le D^r P. Chagny, médecin-major de 2^e classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

N° 6. L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal, par les D^{rs} Dromard et Levassort, de Paris.

Commission : MM. Brouardel, Magnan, Raymond.

PRIX MKYNOT. — N° 1. Oreille et encéphale, par le D^r F. Pérez, médecin de l'hôpital français de Buenos-Ayres.

N° 2. La névrite spéciale d'origine otique, par le D^r Robert Leroux, de Paris.

Commission : MM. Duplay, Kirmisson, Poirier.

PRIX SAINTOUR. — N° 1. Les criminels, par le D^r Charles Perrier, médecin des prisons de Nîmes.

N° 2. Le bérubéri ; définition, étymologie historique, bactériologie, symptomatologie, pathogénie, pathologie expérimentale, traitement ; par le D^r Vivian Dangerfield.

N° 4. Les méthodes de rééducation en thérapeutique (rééducation psychique, motrice, sensorielle et organique), par le D^r Contet, de Paris.

N° 9. Arthritisme et neurasthénie, de l'identité de leur nature et de leur équivalence avec l'asthénie somatique, étude pathogénique de ses symptômes, traitement, par le D^r N. Chrysosvergis, de Beyrouth.

N° 10. L'hérédité morbide, par le D^r Paul Raymond, de Paris.

N° 13. L'hystérie et la neurasthénie chez le paysan. Devise : « Guérir est bien, prévenir est mieux ».

Commission : MM. Dieulafoy, Pinard, Motet, Richelot, Cadiot.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite.)

17. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 4 décembre 1905) :

Louis Bouillon, âgé de trente-deux ans, cocher de fiacre, demeurant rue des Couronnes, réintégrait, hier soir, son domicile, quand pris d'un accès de folie furieuse, il saisit son revolver et le déchargea sur un passant, Eugène Bigot, bijoutier, rue Pierre-Nys.

Le pauvre homme, atteint à la nuque, fut transporté dans

un état grave à l'hôpital Tenon, tandis que les agents s'emparèrent, non sans peine, du forcené.

Ils le conduisirent au commissariat de M. Boussard. De l'enquête ouverte par ce magistrat, il résulte que Bouillon avait tenté de se suicider, il y a quelques mois. Il n'était parvenu qu'à se faire une horrible blessure à la tête. D'où des troubles cérébraux, qui l'ont amené à commettre son attentat.

Aussi, sur l'avis du docteur, aussitôt mandé, Bouillon a-t-il été rapidement conduit à l'infirmerie du Dépôt, où il sera soumis à une rigoureuse surveillance médicale.

18. *Agression violente.* — Un terrassier, nommé Mathurin Julon, âgé de soixante-six ans, demeurant avenue de Paris, à Choisy-le-Roi, était depuis quelque temps atteint de troubles cérébraux.

Hier, à la tombée de la nuit, il franchit la porte du cimetière communal et se mit à sonner à tour de bras la cloche annonçant l'arrivée des enterrements.

Le conservateur de la nécropole ayant voulu chasser le dément, celui-ci le roua de coups. Il ne fallut pas moins de quatre agents pour maîtriser Julon, qui a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mardi 5 décembre 1905.)

19. *Suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 9 décembre 1905) :

Dans les premiers jours du mois d'août, les agents de service boulevard de la Villette trouvaient inanimée, sur le trottoir, une femme, Louise Mollet, âgée de vingt et un ans. La malheureuse avait été frappée de dix-sept coups de couteau. En dépit de tous les soins, elle succomba.

Les soupçons se portèrent immédiatement sur un chiffonnier, Maurice Hell, dit « Biscuit », qui avait été son amant. On l'arrêta chez sa mère, rue de Flandre, 125, et celle-ci faillit même être inculpée de complicité par M. Bourouillou, chargé de l'instruction de cette affaire.

C'est alors que Hell, qui tout d'abord avait énergiquement nié être pour quelque chose dans ce meurtre, mû par le désir de sauver sa mère, injustement accusée, se décida à faire des aveux. Il avait tué sa maîtresse parce que celle-ci refusait d'habiter avec lui. Toutefois, le magistrat fut amené à concevoir des doutes sur la mentalité mal équilibrée du meurtrier.

La responsabilité de Hell lui paraissant, dès lors, fort atténuée, M. Bourouillou s'empressa d'ordonner l'internement du coupable dans un asile d'aliénés.

On choisit celui de Villejuif.

Hell n'y fit qu'un séjour fort court, car, dans le courant de novembre, travesti en infirmier, il parvint à tromper la surveil-

lance rigoureuse exercée par le personnel de l'établissement, et prit la clef des champs.

Sa fuite fut immédiatement signalée à la Sûreté. Mais, en dépit des plus actives recherches, il ne put être repris.

La nuit dernière, deux agents cyclistes, pédalant boulevard de la Villette, perçurent soudain six coups de feu.

En quelques tours de roues, ils furent sur les lieux d'où étaient parties les détonations, et trouvèrent un jeune homme baignant dans son sang. C'était Maurice Hell. Il était mort.

Dans l'une de ses poches se trouvait une lettre. Il y narrait son odyssée, et terminait en déclarant qu'il avait tenu à se donner la mort à l'endroit précis où, dans un accès de jalousie, il avait assassiné sa maîtresse.

Par les soins du commissaire de police, et suivant la volonté du défunt, le corps a été conduit au domicile de sa mère.

20. *Suicide*. — Un employé de commerce nommé Jules Lubin, âgé de quarante-quatre ans, atteint de la folie de la persécution, s'est suicidé, hier après-midi, dans son logement, rue Ernest-Renan, à Vanves, en s'ouvrant la gorge avec un rasoir. La mort a été instantanée. (*Le Matin*, numéro du dimanche 10 décembre 1905.)

21. *Suicide*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du mercredi 13 décembre 1905) :

Un employé de la compagnie du Nord, M. Eugène Juliatt, âgé de quarante ans, demeurant rue de la Légion-d'Honneur, à Saint-Denis, atteint d'aliénation mentale à la suite d'une opération, s'est levé, la nuit dernière, au cours d'un accès, et, après avoir ouvert la fenêtre de sa chambre, au troisième étage, s'est suspendu à la barre d'appui.

M^{me} Juliatt, apercevant son mari dans cette position critique, cria « au secours ! » Juste à ce moment, le malheureux lâcha la barre et s'abîma dans le vide.

La mort a été instantanée.

22. *Agression contre un magistrat*. — On écrit de Nancy au *Journal* (numéro du vendredi 15 décembre 1905) :

Aujourd'hui, à l'audience du tribunal correctionnel, alors que le président interrogeait les employés de commerce ayant manifesté le 26 novembre dernier, un assistant, nommé Tachon, âgé de quarante-huit ans, employé, s'approcha du tribunal et porta au président, M. Barrabino, un violent coup de poing au visage.

Arrêté sur-le-champ, cet individu a déclaré avoir frappé le président parce qu'il ne représentait pas la justice.

Tachon, qui tenait des propos incohérents, a été, après interrogatoire au Parquet, conduit à l'asile d'aliénés de Maréville pour être soumis à un examen médical.

23. *Double homicide*. — On écrit de Blois à *L'Aurore* (numéro du dimanche 7 janvier 1906) :

Vendredi, à Rochessadoules, commune de Robiac, un nommé Pezon, âgé de trente-deux ans, pris d'un accès de folie, a frappé avec un yatagan sa femme et un voisin, nommé Argenson, qui était venu au secours de cette dernière. L'état des blessés est inquiétant. Pezon a été arrêté.

24. *Homicide et tentative de suicide*. — Un meunier de Varennes; petite commune du canton de Ligneuil (Indre-et-Loire), Henri Boisard, âgé de trente-trois ans, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Sa femme, âgée de trente ans, avait également la tête dérangée. On attribuait ces troubles cérébraux à la lecture de livres traitant de magie, d'occultisme, etc.

Vendredi soir, Boisard, devenant tout à coup furieux, s'empara d'une fourche et en menaça les personnes avec lesquelles il se trouvait, disant : « Si vous tenez à votre peau, vous ferez bien de sortir tout de suite. »

Tout le monde s'enfuit précipitamment et Boisard se barricada chez lui. Mais ceux qui venaient de sortir regardèrent curieusement par la fenêtre.

Le meunier s'approcha du lit où sa femme était couchée. Il resta quelques minutes immobile. On ne l'apercevait que de dos. Il étranglait sa femme en lui serrant le cou entre ses doigts. Il prit ensuite les cordons des rideaux du lit, les fixa à une solive et se passa un nœud coulant autour du cou. Puis il se lança dans le vide.

Les spectateurs de cette scène firent alors irruption dans la chambre, coupèrent les cordons auxquels était pendu Boisard, et purent ramener à la vie le malheureux fou, déjà à moitié asphyxié.

Boisard a été remis entre les mains des gendarmes. (*Le Temps*, numéro du lundi 8 janvier 1906.)

25. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Tours au *Temps* (numéro du lundi 8 janvier 1906) :

Ce matin, à neuf heures, un nommé François Mondeux, âgé de quarante-neuf ans, rentier à Saint-Pierre-des-Corps, connu comme alcoolique, a tué d'un coup de revolver, et sans aucun motif, M. Lemercier, âgé de trente ans, patron du café de l'Ecluse, où Mondeux prenait ses repas.

Mondeux monta aussitôt dans sa chambre et se tira deux coups de revolver derrière l'oreille droite. Il a été transporté à l'hôpital dans un état désespéré.

26. *Tentative d'homicide et de suicide*. — Louis Tarcier, sexagénaire, homme de peine, demeurant rue Grange-aux-Belles, est un alcoolique invétéré, sujet fréquemment à des

crises dont la violence est un sujet d'effroi pour ses voisins.

Cet individu vit en compagnie d'une blanchisseuse, Louise Garot, avec laquelle il a presque journellement des discussions provoquées par son intempérance.

Après chacun de ses excès, l'ivrogne promet de s'amender; malheureusement sa passion pour la bouteille est plus forte que sa volonté, et Tarcier continue à s'enivrer.

Dans la soirée d'hier, au cours d'une terrible crise, Tarcier se jeta sur sa compagne et tenta de l'étrangler. Celle-ci parvint, non sans peine, à se dégager de l'étreinte de l'ivrogne. Elle prit la fuite dans l'escalier. Alors, ce dernier devenu subitement morose, hanté par la pensée du suicide, résolut immédiatement de mettre fin à ses jours. Il passa une corde à un piton fixé au plafond, fit un nœud coulant, y engagea sa tête, et se lança dans le vide. Cependant, Louise Garot, recueillie par des voisins, étonnée de ne plus entendre de bruit dans son logement, éprouva un sinistre pressentiment. Avec précaution, elle ouvrit la porte, et vit le corps du malheureux. Elle appela au secours. Plusieurs voisins accoururent et s'empressèrent de couper la corde. Au bout de quelques minutes le désespéré était rappelé à la vie.

Mais loin d'en éprouver quelque satisfaction, il se mit à injurier ses sauveurs. Puis, saisissant un litre, il s'élança sur une locataire, M^{me} Maria Boinaut, et le lui brisa sur le crâne. La pauvre femme, grièvement blessée, a été conduite à l'hôpital Saint-Louis, tandis que des agents accourus aux cris d'effroi des assistants se rendirent, non sans difficulté, maîtres du forcené, qu'ils conduisirent à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mardi 9 janvier 1906.)

27. *Agression violente.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du vendredi 12 janvier 1906) :

Le commissariat de police de Charenton a été le théâtre, la nuit dernière, d'une scène atroce. Vers trois heures du matin, l'agent Martin se trouvait seul de planton, dans le vestibule du poste. Ses collègues et l'inspecteur de service étaient réunis dans une pièce contiguë. Soudain, la porte de la rue s'ouvrit avec fracas, livrant passage à un individu hirsute, aux vêtements en désordre, et aux yeux hagards.

— Je veux parler au commissaire.

— M. le commissaire n'est pas ici à cette heure!

— Ah! il n'est pas ici, ricana l'homme; ces messieurs ne sont jamais là quand on veut « leur dire deux mots... » Il n'est pas ici!... c'est aussi ce qu'on m'a répondu quand j'ai été trouver le procureur général et les gendarmes, qui ont fait enfermer « ma Mélanie » à la prison de Melun!....

L'agent, prenant son interlocuteur pour quelque ivrogne

égayé, le poussait doucement vers la porte, en lui conseillant d'aller se coucher, lorsque celui-ci reprit :

— Au fait, voilà!... Je peux bien vous le dire à vous!... Le commissaire, je voulais lui couper le cou!... mais puisque c'est vous qui le remplacez!...

A ces mots, se dégageant soudain, le dément tira de sous son veston une hache d'abordage, fraîchement aiguisée, et, bondissant sur l'infortuné Martin, lui asséna sur la jambe gauche un terrible coup de son arme. Le membre fut presque complètement sectionné.

Aux cris de leur collègue, les autres agents accoururent; Martin gisait à terre, dans une mare de sang, et le forcené, faisant tournoyer la hache au-dessus de sa tête, se préparait à achever sa victime!... Les agents s'approchèrent de lui par surprise, le désarmèrent et le ligotèrent.

M. Delanglade, commissaire de police, a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt le meurtrier, Valentin Hauchet, âgé de trente-six ans, qui habite on ne sait où, et vient on ne sait d'où.

Quant au blessé, il a été transporté à l'hôpital Laënnec, dans un état des plus graves. L'amputation du membre atteint sera probablement nécessaire.

Il y a trois ans déjà, le gardien Martin avait eu la jambe droite brisée par un malfaiteur, à l'arrestation duquel il procédait. Il obtint, de ce fait, une médaille d'argent de la Préfecture de police.

Le malheureux est marié et père de six enfants.

28. *Incendie.* — On écrit de Grenoble au *Journal* (numéro du mardi 16 janvier 1906):

Un vieillard octogénaire, nommé Pellerin, vient de trouver la mort dans des circonstances atroces.

Pellerin, qui ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales, avait réussi à tromper la surveillance de sa famille et à s'enfermer dans une maison qu'il possédait à Saint-Marcellin. Après avoir verrouillé les portes, il mit le feu à la maison, puis, sous l'empire de la terreur, alla se blottir au fond de sa cave.

C'est là que des sauveteurs, accourus pour combattre l'incendie, découvrirent son cadavre. Le malheureux, qui avait succombé à l'asphyxie, portait en outre de nombreuses traces de brûlures.

29. *Tentative d'assassinat et suicide.* — On écrit de Nantes au *Journal* (numéro du dimanche 21 janvier 1906):

Un drame particulièrement émouvant s'est déroulé, hier, au village de l'Energie, commune de Saint-Léger, et a causé dans toute la région une profonde impression. Un jeune homme de vingt ans, Jean-Marie Debecque, a tenté d'assassiner son

père, en lui portant sur la tête plusieurs coups d'une barre de fer qu'il avait tenue dissimulée sous ses vêtements; puis, se voyant découvert, il se dirigea vers un pont situé à une trentaine de mètres de là et, franchissant le parapet, il se laissa tomber sur la voie ferrée qui passe sous ce pont. Un train qui arrivait à ce moment, venant de Pornic, broya le malheureux et le déchiqueta horriblement. Quand on arriva pour relever le cadavre, celui-ci n'était plus qu'un débris informe de chairs et d'os.

Jean-Marie Debecque, qui était un alcoolique invétéré, ne jouissait pas, paraît-il, de toutes ses facultés. Il avait, à maintes reprises, déclaré qu'il tuerait ses parents et se ferait justice ensuite. Comme on le voit, il réalisa son projet. Une enquête est ouverte.

30. *Agression violente.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 30 janvier 1906) :

Hier, vers cinq heures, un individu mis avec une certaine élégance étonnait les promeneurs de la grande allée des Champs-Élysées par ses allures excentriques. Soudain, il se précipita sur deux messieurs qui passaient à cet instant, et, sans provocation de leur part, se mit en devoir de les frapper. Un attroupement considérable se forma bientôt autour d'eux et il ne fallut pas moins de trois gardiens de la paix et d'un brigadier de dragons qui leur prêta main-forte pour venir à bout du forcené.

Les papiers trouvés sur le fou — car on avait affaire à un véritable dément — ont permis d'établir son identité. C'est un nommé Charles Bouhier, âgé de trente-quatre ans, ancien employé de commerce. Conduit au poste de la rue de la Boétie, il a été envoyé par M. Baube à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

31. *Double homicide et incendie.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 1^{er} février 1906) :

Un drame sanglant a jeté mardi la consternation dans la cité industrielle d'Albert (Somme).

Un ouvrier nommé Bellettre recevait lundi soir un de ses amis, Dassonville, venu du département du Nord pour trouver du travail dans une des usines métallurgiques de la ville. Il offrit l'hospitalité à son ami.

Mardi matin, une discussion s'éleva entre les deux hommes, au cours de laquelle Bellettre, devenu subitement fou, s'empara d'un couteau de cuisine et frappa son ami entre les deux épaules. Une voisine, M^{me} Jacquart, voulut s'interposer. Son intervention rendit plus furieux le meurtrier, qui tourna vers elle sa colère et lui porta plusieurs coups de son arme; l'un d'eux ayant atteint l'artère carotide, la malheureuse tomba pour ne plus se relever.

Son double meurtre commis, Bellettre remonta dans sa chambre, s'y barricada, se mit tout nu, jeta ses habits par la fenêtre et mit le feu aux meubles.

Les agents de police et la gendarmerie durent enfoncer la porte et eurent toutes les peines du monde à s'emparer du meurtrier, qui au paroxysme de la fureur se démenait au milieu de la fumée, se frappant la tête contre les murs.

Quand on put s'en rendre maître, il était couvert de son propre sang, la tête pleine d'ecchymoses.

La surexcitation du malheureux était telle qu'on dut le ligotter et le transporter à la gendarmerie dans une voiture à bras.

La seconde victime, Dassonville, qui a eu le poumon perforé, a été transportée à l'Hôtel-Dieu. On craint pour ses jours.

Le meurtrier était un bon ouvrier, bien considéré. Il avait cependant parfois des allures dénotant un esprit mal équilibré.

32. *Un drame à bord.* — On télégraphie de Marseille au *Petit Temps* (numéro du jeudi 8 février 1906) :

Le paquebot la *Tafna*, de la Compagnie mixte, venant d'Alger, est arrivé ce matin à deux heures, après une traversée contrariée par le mauvais temps.

Il mouillait dans la baie de l'Estaque lorsqu'un passager, le capitaine au long cours Baslay, commandant du carbo-boat *Ghazel*, pris de folie furieuse, est sorti de sa cabine avec un revolver armé et a fait feu sur les passagers sans atteindre personne.

La panique s'est répandue à bord.

Le capitaine Gentile, commandant de la *Tafna*, et le lieutenant en second Many se sont mis à la poursuite de l'officier.

Ils allaient le rejoindre sur le pont de promenade lorsque le capitaine Baslay s'est jeté à la mer et a disparu malgré les tentatives faites pour le sauver.

Le consul général d'Angleterre à Marseille a été avisé dès la première heure de cet incident dramatique.

33. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 26 février 1906) :

On nous télégraphie de Toulon qu'un second maître vétérân retraits, nommé Antoine Levenq, âgé de soixante-cinq ans, a tué sa femme âgée de cinquante-cinq ans, à coups de haché, la mutilant affreusement.

Le vieillard a ensuite arrosé son lit de pétrole et y a mis le feu, puis il s'est pendu à une fenêtre.

L'incendie n'a pas tardé à atteindre tout le mobilier et l'appartement fut vite en flammes.

Les locataires de l'immeuble où s'était déroulée cette tragédie et qui est situé au faubourg des Maisons-Neuves étaient

endormis. Il était une heure du matin, et comme le feu avait fait de rapides progrès, ils faillirent être asphyxiés. Les pompiers durent à plusieurs reprises exposer leur vie pour les sauver. Ce n'est que lorsque l'incendie fut éteint que l'on retrouva les deux cadavres.

Antoine Levenq était un neurasthénique atteint de la manie de la persécution. Il prétendait que sa femme voulait l'empoisonner.

34. *Victime de Schopenhauer.* — Notre correspondant de Rome nous a signalé hier la nouvelle d'un suicide qui a fait grande sensation à Naples, celui du jeune prince Pignatelli-Strongoli, qui s'est tiré au cœur une balle de revolver la veille même de son mariage. Deux lettres laissées par ce jeune pessimiste de vingt ans confirment qu'il s'est tué par scrupules de philosophie. L'*Italie* nous apporte le texte de la lettre du prince Pignatelli à sa fiancée, la comtesse Anna Saluzzo. Cette lettre, assez brève, commence ainsi :

« Adieu, Anna ! L'homme vient du néant, et comme ma vie est désormais impossible, je retourne au néant.

« L'anneau des fiançailles, conserve-le toujours au-dessous de celui de ton futur époux qui t'apportera le bonheur que je ne pouvais te donner. Il n'en sera pas jaloux : c'est la bague d'un jeune homme qui t'a aimée d'un amour idéal et qui n'était pas fait pour te rendre heureuse par le mariage. »

Dans l'autre lettre, qui portait cette suscription : « A mes parents adorés », le jeune homme expose ses idées sur la vie, qu'il appelle un malheur persistant, et il conclut que toute personne ayant cette conviction a le devoir de ne pas procréer d'autres malheureux. C'est pourquoi il évite le mariage en renonçant à la vie.

Sur la table, près du lit, on a trouvé ouvert un des traités de Schopenhauer. Un christ, qui était appendu au-dessus du lit, avait été décroché du mur et posé plus loin sur la commode. (Le *Temps*, numéro du lundi 26 février 1906.)

35. *Homicide.* — On télégraphie de Rome à l'*Agence Havas*, 3 mars 1906 :

Un garçon de café du nom de Marchionni, après une discussion avec son patron, M. Revelli, a tué celui-ci d'un coup de couteau au cœur, en présence des consommateurs qui le livrèrent aussitôt à la police.

Marchionni avait poignardé en 1904 dans des circonstances identiques le directeur d'un restaurant d'hôtel parisien, mais avait été déclaré fou et remis ensuite aux autorités italiennes.

Il était resté quelque temps dans une maison de santé de Rome.

XVI^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Lille, 1^{er} au 7 août 1906.

Le XVI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Lille, du 1^{er} au 7 août, sous la présidence de M. le professeur GRASSET, de Montpellier.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Rennes pour faire l'objet de rapports et de discussions :

1^o *Psychiatrie.* — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Rapporteur : M. le D^r M. DIDE, de Rennes.

2^o *Neurologie.* — Le cerveau sénile. Rapporteur : M. le D^r A. LERI, de Paris.

3^o *Médecine légale.* — La responsabilité des hystériques. M. le D^r R. LEROY, d'Evreux.

Communications originales sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie.

Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques.

Excursions. — Visite des asiles d'aliénés de Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant.

Réceptions officielles et banquets.

Visite de l'Exposition internationale de Tourcoing.

Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française.

Excursions sur les côtes de la Manche et de la mer du Nord (ports, plages, sanatoria).

Voyage en Angleterre.

Avantages et conditions. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux compagnies de chemins de fer.

Des démarches seront faites auprès des hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend :

- 1^o Des membres adhérents.
- 2^o Des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent).

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au secrétaire général du Congrès, M. le Dr G. CHOCREAUX, médecin en chef de l'Asile public d'aliénées de Bailleul (Nord).

FAITS DIVERS

Le traitement des aliénés à Madagascar. — Dans une lettre de Tananarive publiée par *Le Matin* (numéro du vendredi 30 mars 1906), se trouvent les renseignements suivants sur la manière dont sont traités les aliénés à Madagascar, et que nous publions naturellement sous toutes réserves :

« Il n'existe pas à Madagascar de service hospitalier pour les aliénés. Dès qu'un individu est atteint d'aliénation mentale, vous ne devineriez jamais le traitement qui lui est infligé. On rive à ses deux chevilles deux anneaux de fer reliés entre eux par une forte chaîne de 1^m30 de longueur. Les poignets sont de même emprisonnés et... on le lâche sur la voie publique.

« La commisération publique s'en empare, l'héberge et le nourrit, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, quand ce ne sont pas les enfants qui le harcèlent à coups de pierre !

« J'en connais à Tananarive trois encore à ce jour soumis à ce traitement barbare. Et nous sommes au xx^e siècle, et nous sommes des civilisés !... »

Nous n'apprécions pas ; mais il est évident que le premier devoir des « civilisés » dans leurs colonies serait d'y établir des services spéciaux pour que les malheureux indigènes, atteints de folie, pussent y recevoir les soins que comporte leur état. Nous souhaitons vivement que le nouveau gouverneur de Madagascar, qui est médecin, apporte le remède au mal que signale le correspondant du *Matin* ; ce qui ne serait sans doute pas difficile avec un peu de bonne volonté.

Les ravages de l'opium dans les ports militaires. — On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 2 avril 1906) :

Le ministre de la marine, ému des ravages faits par l'opium dans les ports militaires, se préoccupe des mesures à prendre en vue d'en supprimer l'usage. D'accord avec le ministre de l'intérieur, il a invité les autorités maritimes à s'entendre avec les autorités administratives pour en empêcher la vente, sauf

pour les usages pharmaceutiques, et amener la fermeture des fumeries.

Depuis quelques années les fumeries d'opium se sont multipliées dans les ports d'une façon fort inquiétante; les fumeurs sont de plus en plus nombreux et emploient tous les moyens pour se procurer le poison qui les abrutit. Ils trouvent, paraît-il, certaines complaisances de médecins qui leur prescrivent de l'opium dans des ordonnances médicales. Le mal est très grand et il n'est que temps d'y porter remède.

Prix de l'Académie des sciences morales et politiques. — L'Académie des sciences morales et politiques met au concours pour 1906 (prix Saintour, 3.000 francs) le sujet suivant :

« Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés au double point de vue de la liberté individuelle et de la sécurité des personnes. »

Le programme détaillé de ce concours est à la disposition des concurrents au Secrétariat de l'Institut de France. — Les mémoires doivent être déposés au plus tard le 31 décembre 1906.

Un nouveau journal de médecine mentale. — Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal de psychiatrie, l'*Encéphale*, publié et dirigé par nos collègues, MM. les D^{rs} A. Antheaume et M. Klippel. Ce journal est complété par deux autres publications spéciales : la *Revue de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle* et l'*Informateur des aliénistes et des neurologistes*, journal d'informations, d'intérêts professionnels et de psychiatrie médico-administrative. Nous souhaitons longue vie et succès à ces trois nouveaux périodiques.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1907.

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1906 chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

MÉDAILLE OFFERTE AU Dr MAGNAN

Le Dr Magnan, médecin de l'Asile clinique (Sainte-Anne), membre de l'Académie de Médecine, a consacré plus de quarante années à l'étude des maladies mentales et à l'amélioration du sort des aliénés. Ses amis, ses collègues et ses élèves ont l'intention de lui offrir une médaille à l'occasion de son jubilé. Ils ont constitué un Comité de patronage qui fait appel à tous ceux qui sont attachés au Dr Magnan par les liens de l'amitié, de l'estime ou de la reconnaissance.

L'exécution de la médaille est confiée à M. le Dr Paul Richer, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité. Toute souscription de 25 francs donne droit à une médaille en bronze qui sera expédiée avant la fin de l'année 1906. La souscription est ouverte jusqu'au 15 juin 1906. Les cotisations sont reçues par M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE III^e VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Un article de M. le professeur Grasset : « Demi-fous et demi-responsables »; par le D ^r Victor Parant.	353

II. — Pathologie.

Les psychoses aiguës et leur classification; par le D ^r N. Sokalsky.	5
Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés; par le D ^r Marcel Briand.	32
Les incendiaires (<i>suite</i>); par le D ^r Gimbal.	39, 214 et 380
La psychose polynévritique et le béribéri; par le D ^r Nina-Rodríguez.	167
Les stéréotypies démentielles; par le D ^r Bessière.	207
Contribution à l'étude des formes mixtes (vésanies); par le professeur Wladimir Serbsky.	370

III. — Thérapeutique.

De l'action de l'acide formique en médecine mentale; par le D ^r Antonin Convers.	388
---	-----

IV. — Médecine légale.

Considérations sur quelques degrés de la responsabilité; par le D ^r Lucien Lagriffe.	329
Un exhibitionniste; par le D ^r A. Rousset.	394

V. — Revue critique.

Physionomie et mimique chez les aliénés (<i>suite et fin</i>); par le D ^r Armand Laurent.	54
La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kraepelin; par le D ^r Sontzo fils (de Bucarest).	243 et 402

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES.

- Séance du 20 octobre 1905.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Lwoff, Chardon, Lagriffe, Möbins, Erwin Stransky, Giovanni Esposito, Francesco del Greco. — Mort de MM. John Sibbald, Van Andel et Buffet. — A propos du délire infectieux, par M. Lucien Picqué. — Observation de démence précoce survenue chez un dégénéré avec autopsie et examen histologique, par MM. Legrain et Vigouroux. — Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique, par MM. G. Doutrebente et L. Marchand. Discussion : M. Vallon. — Les hallucinations obsédantes, par M. Gimbal. — Délire de persécution systématisé curable chez un alcoolique, par M. Maurice Olivier. — Présentation de la calotte crânienne d'un idiot, par MM. Marie et Barbaux 91
- Séance du 27 novembre 1905.* — A propos du procès-verbal. — Sur deux cas de démence précoce : M. Deny. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Kéraval, Pichenot, Capgras, Revertégat, E. Régis, Castin, Erwin Stransky. — Mort de MM. Sizaret et Max-Simon. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Rieder; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Chardon; élection. — Enfants martyrs, victimes d'une mère atteinte du délire des persécutions, par MM. G. Dromard et Levassort. Discussion : MM. Roubinovitch, Doutrebente, Briand, Vallon, Vigouroux. . . 123.
- Séance du 18 décembre 1905.* — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Semelaigne, Chardon, Rieder, Esposito. — Election du bureau de 1906. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Pichenot; élection. — Rapport de M. Lwoff sur la candidature de M. Lagriffe; élection. — Le système nerveux des monotrèmes et des marsupiaux. Rapport sur un travail du professeur Th. Ziehen, de Berlin; M. Kéraval. — Troubles mentaux par intoxication sulfo-carbonée, par MM. A. Vigouroux et G. Collet. — Les troubles de langage musical chez les hystériques : M. Ingegneros 258.
- Séance du 29 janvier 1906.* — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bombarda, Semelaigne, Lagriffe, Pichenot, Pilcz, Stransky, Bérillon, A. Laurent. — Installation du bureau : MM. Vallon, Briand, Ritti, Deny. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1906. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de M. Lwoff sur la candidature de M. Revertégat; élection. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Capgras; élection. — De la confusion du langage. Rapport sur un travail de M. E. Stransky, de Vienne : M. Kéraval. — Malformation congénitale unilatérale de la face chez un idiot épileptique, par MM. Hamel et Wahl. — Aphasie dans la tuberculose, par M. L. Pron 282.

<i>Séance du 25 février 1906.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dupain, Marandon de Montyel, Revertégat, Capgras, Page, Bombarda. — Mort de M. Gilbert-Petit : M. Briand. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Etude nosologique et pathogénique du délire des négations, par MM. G. Deny et Paul Camus. Discussion : MM. Vallon, Vigouroux, Arnaud, Pactet, Deny, Larroussinie. — Note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales, par MM. Lwoff et Benon. — Troubles mentaux dans la sclérose en plaques, par MM. J. Lhermitte et Halberstadt. Discussion : MM. Lapointe, Colin, Pactet, Thivet, Briand, Vigouroux, Vallon, Christian.	121
<i>Séance du 26 mars 1906.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : M ^{me} Gilbert-Petit, MM. Roubinovitch, Stransky, Mongeri, Chagnon, Vallon. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Page ; élection. — Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique, par MM. Paul Sollier et Paul Duhem. — Sur un cas de délire hypocondriaque d'obstruction et de négation en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique chez un artério-scléreux. Utilisation de la radioscopie et de la radiographie en clinique mentale, par M. E. Régis. Discussion : MM. Vallon, Arnaud, Toulouse, Régis, Vigouroux, Colin, Briand. — Simulation sur une base morbide, par M. Thivet.	457

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ITALIENS (1903).

(Anal. par le D^r WAHL.)

La peine de mort à Florence de 1328 à 1759	310
Sur le sens du changement. Contribution à la connaissance des troubles psychiques élémentaires qui précèdent et préparent la paranoïa	310
L'ossuaire de l'Annunziata de Naples.	311
Sur la délinquance militaire.	312
Un nouvel anthropomètre.	313
Rapport médico-légal sur l'état mental du prêtre Pierre-Paul Potenza accusé de double assassinat	313
Sur la mesure de la capacité crânienne par la méthode de Broca.	315
L'albinisme à Naples	316
Les variétés humaines d'Irpinia	317
Au centre de l'Afrique. Rapport médico-légal sur un cas d'empoisonnement supposé	318
Anomalies des membres chez les criminels	318
Un criminel par superstition	319
La dégénération criminelle dans la descendance des aliénés.	319
Le poil dans l'espèce humaine.	320
Bronzes archaïques de Bénévent.	321
Crâne acromégalique.	321
Contribution à l'étude de la structure et des granulations fuchsiophiles dans les cellules des ganglions spinaux	321
Un pédéraste fellator,	323

JOURNAUX ALLEMANDS (1901).

(Anal. par le Dr ADAM.)

	PAGES
Sur l'ataxie de Friedreich.	481
Le tabes chez la femme	482
Nouvelle méthode de coloration des cylindres-axes, par imprégnation des sels d'argent.	482
Diagnostic des neurasthénies et hystéries traumatiques par mensuration de la pression sanguine.	483
Dysphagia amyotactica.	483
Histologie des lésions par compression de la moelle à la suite de tumeurs de la colonne vertébrale.	484
Pathogénie des crampes du mollet.	484
Contribution à l'étude de l'aphonie optico-sensorielle.	485
Rapport des rêves avec les idées délirantes.	486
Mouvements associés héréditaires.	487
Dysphagie psychique.	488
Du réflexe hypogastrique.	489
Influence réciproque des aliénés (infection musicale).	489
Le réflexe de Babinski.	490
Claudication intermittente	490
Histologie pathologique du système nerveux central dans un cas d'idiotie amaurotique familiale de Sachs.	491 et
Vomissements stercoraux dans l'hystérie.	493
Des réflexes de la face et de la tête.	493
Epilepsie réflexe par suite de sténose spasmodique de l'œsophage.	494
De l'origine du nerf déresseur de la circulation.	495
Le réflexe sus-orbital.	496
Foyers symétriques de ramollissement dans les deux lobes frontaux et névrite optique.	497

III. — Bibliographie.

Traité de pathologie mentale publié, sous la direction du Dr Gilbert Ballet, par les Drs Anglade, Arnaud, Colin, Dupré, Dutil, Roubinovitch et Vallon (Anal. par le Dr Ant. Ritti).	187
Précis de psychiatrie; par le professeur Régis (Anal. par le Dr Dautreban).	325
I. Sexe et maladie; par le Dr Möbius. — II. Sexe et dégénérescence; par le même (Anal. par le Dr Nicoulau).	499
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	142, 328 et 503
CORRESPONDANCE. A propos de l'absence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien, par les Drs Lannois et Boulud.	504

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Gilbert-Petit, Rey, Alombert-Goget, Monestier, Dodero. — Nécrologie : Sizaret, P. Max-Simon, Pierre Roy. — De l'examen mental des inculpés. — Circulaire du ministre de la Justice. — Prix de l'Académie de

	PAGES
médecine. — Banquet Charles Vallon. — Les aliénés en liberté. — L'alcoolisme, les maladies du système nerveux et le suicide dans l'armée française pendant l'année 1902. — Tribunaux. — Faits divers	143
Nominations et promotions : MM. Marandon de Montyel, Ritti, Guichet, Damalix, Gex, Mabilly, Lesvier, Marchand, Monestier, Bouhila, Fenayrou, Sigismond Lacroix, Balet, Leroy, Wahl, Riche, Masselon, Alombert-Goget, Journiac, Ramadier, Dautre- bente, Dezwarde, Pasturel, Blin, Vigouroux. — Necrologie : Gilbert-Petit. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Con- cours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'alié- nés. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>) : — Tribunaux. — La sor- cellerie et les sorciers. — Faits divers :	330
Nominations et promotions : MM. Bérillon, Journiac, Santenaise, Castin, Charuel, Baruk, Dubourdieu, Petrucci, Allaman, Fenay- rou, Levet, Privat de Fortuné, Bouhila. — Necrologie : Dr Con- stant Vernet. — Concours pour l'admission aux emplois de mé- decin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — XVI ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Lille, 1 ^{er} au 7 août 1906. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Année 1907. — Médaille offerte au Dr Magnan.	506
Table des matières du tome III de la 9 ^e série.	524

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.